

Missbruket, Kunskapen, Vården

Missbruksutredningens forskningsbilaga

Delbetänkande av Missbruksutredningen

Stockholm 2011



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2011:6

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2011

ISBN 978-91-38-23525-6
ISSN 0375-250X

Förord

Missbruksutredningen har som målsättning att senare i vår till regeringen överlämna förslag som skapar förutsättningar för en svensk missbruks- och beroendevård av högsta internationella standard. Den nya svenska missbruks- och beroendevården ska vara kunskapsbaserad och utgå från den enskildes behov.

Det är min ambition som regeringens särskilde utredare att utredningens analys och förslag ska vila på aktuell forskning. Jag har därför valt att anlita flera av landets ledande forskare och experter inom missbruksområdet för att ta fram kunskapsunderlag för utredningens arbete.

För flera av utredningens centrala frågeställningar har det tidigare saknats systematiska kunskapsöversikter och för andra har det funnits ett behov att uppdatera och komplettera tidigare kunskapssammanställningar. I föreliggande forskningsbilaga har jag valt att presentera ett urval av de forskningsrapporter och kunskapsöversikter som utredningen har initierat och finansierat.

Arbetet med att beställa och granska de olika forskningsrapporterna och kunskapsöversikterna, samt att sammanställa forskningsbilagan, har letts av huvudsekreterare Hans Wiklund, fil. dr och kanslichef, med stöd av utredningssekreterare Mikael Sandlund, med. dr och psykiater.

Det är min förhoppning att forskningsrapporterna och kunskapsöversikterna ska vara till nytta för yrkesverksamma och brukare och andra som önskar aktuell information om förhållandena på missbruksområdet i Sverige.

Jag vill tacka samtliga författare i forskningsbilagan som lämnat viktiga underlag till utredningens analys och stundande förslag.

Stockholm i januari 2011

Gerhard Larsson
Regeringens särskilde utredare

/ Hans Wiklund
Mikael Sandlund

Innehåll

1	Särskilde utredarens introduktion.....	7
2	Missbruksvården och samhället	15
3	Drogutvecklingen i Sverige	51
4	Alkoholsjukdomar i Sverige	79
5	Anabola androgena steroider och blandmissbruk	87
6	En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index...	97
7	Narkotika i ett framtidsperspektiv	169
8	Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom.....	223
9	Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom	237
10	Riskbruk av alkohol, dolt beroende, tidig upptäckt och möjliga insatser	279
11	Läkemedelsbehandling av beroendetillstånd	329
12	Läkemedelsmissbruk	365
13	Rapport om dopning	411

14	Kvinno- och barnperspektiv på insatser inom missbruks- och beroendevården	493
15	Kvinnor och män i behandling för missbruksproblem – lika och olika?	527
16	Sprutbytesprogram.....	575
17	Etnicitet och missbruks- och beroendevård.....	601
18	Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet	653
19	Missbrukets ekonomiska börda i Sverige	771

1 Särskilde utredarens introduktion

1.1 Uppdraget

Utifrån målsättningen att skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård som utgår från den enskildes behov har regeringen genom Socialdepartementet givit Gerhard Larsson i uppdrag (dir. 2008:48) att se över bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lämna förslag till förändringar.

I utredningsuppdraget ingår särskilt att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar kan tydliggöras samt överväga behovet av förändringar av ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen. Utredningen ska även se över hur ansvaret för tillnyktringsverksamhet enligt lagen (1976:516) om omhändertagande av berusade personer mm (LOB) bör organiseras. Därutöver avser utredningen lägga fram förslag som rör bland annat utbildning och kompetens, kvalitet och statistik, samt forskning och utveckling.

Utredningen ska enligt regeringens direktiv överlämna sina förslag senast den 15 april 2011.

Den särskilde utredaren, Gerhard Larsson¹, har biståtts av ett sekretariat under ledning av huvudsekreterare Hans Wiklund, fil. dr. och kanslichef, och i övrigt bestående av utredningssekreterarna Mikael Sandlund, med. dr och psykiater, samt Lars Grönvall, jurist.

Därutöver har den särskilde utredaren biståtts av en expertgrupp med företrädare för berörda departement och myndigheter, en forskargrupp med ledande svenska forskare inom missbruksområdet och en brukargrupp med representanter för olika brukar-

¹ Den särskilde utredarens bakgrund är bland annat som ansvarig för uppbyggnad och därefter koncernchef för Samhall, landshövding och av flera regeringar anlitad utredare i frågor såväl direkt inom detta område som inom andra områden, främst social-, sjukvårds- och arbetsmarknadspolitik.

och klientorganisationer inom missbruksområdet, samt en referensgrupp med yrkesföreträdare.

1.2 Syftet med forskningsbilagan

Utredningens ambition är att analysen och förslagen om en ny missbruks- och beroendevård av högsta internationella standard, som överlämnas till regeringen under våren 2011, ska utgå från aktuell forskningsbaserad kunskap. Inom ramen för översynen av missbruks- och beroendevården har utredningen därför låtit ett antal ledande svenska forskare och experter inom missbruksområdet ta fram olika kunskapsunderlag i form av olika forskningsrapporter och kunskapsöversikter. I föreliggande forskningsbilaga presenteras ett urval av dessa bidrag.

Under utredningsarbetet har det framkommit att det för flera centrala frågeställningar som utredningen har att ta ställning till saknas systematiska kunskapsöversikter och att det för andra finns ett behov av att uppdatera och komplettera befintliga kunskaps-sammanställningar. De forskningsrapporter och kunskapsöversikter som ingår i forskningsbilagan behandlar bland annat följande områden: missbruks- och beroendevårdens historia, förekomsten av missbruk och beroende, förekomsten av samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom, vård och behandling vid missbruk eller beroende, vård och behandling för olika målgrupper, vård utan samtycke, samt missbrukets samhällsekonomiska kostnader.

Utredningen vill genom att publicera detta urval av forskningsrapporter och kunskapsöversikter tillgängliggöra viktiga delar av det material som ligger till grund för utredningens analys och förslag. Förhoppningen är också att forskningsrapporterna och kunskapsöversikterna ska vara till nytta för yrkesverksamma och brukare och andra som önskar aktuell information om förhållandena på missbruksområdet i Sverige.

Utredningen avser utöver detta publicera en separat rapport med en internationell översikt av missbruks- och beroendevården i ett antal länder.

1.3 Kvalitet och ansvar

Utredningen har initierat och finansierat de forskningsrapporter och kunskapsöversikter som ingår i forskningsbilagan. Forskarnas och experternas bidrag har granskats och diskuterats i utredningens forskargrupp, expertgrupp och brukargrupp.

De uppgifter och uppfattningar som redovisas i de olika rapporterna och översikterna är dock författarnas egna och delas inte nödvändigtvis av utredningen. I betänkandets analys- och förslagsdel redovisar utredningen den analys och de bedömningar som ligger till grund för utredningens förslag.

1.4 Författarpresentationer

Nedan följer kortare presentationer av de forskare och experter som författat bidragen i forskningsbilagan.

Marianne Alanko-Blomé är läkare och doktorand vid Enheten för infektionssjukdomar, Lunds universitet.

Sven Andréasson är läkare och specialist i socialmedicin. Han är verksam som överläkare vid Beroendecentrum Stockholm. Han är också docent i hälso- och sjukvårdsforskning och knuten till Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet. Han är expert i alkohol- och narkotikafrågor på Statens folkhälsoinstitut och vetenskapligt råd på Socialstyrelsen.

Bengt-Åke Armelius är professor emeritus vid Institutionen för Psykologi, Umeå universitet. Hans forskningsinriktning är mot metodfrågor av olika slag, bland annat metoder för att beskriva psykiska störningar och missbruk samt metoder för utvärdering av psykoterapi och annan behandling.

Kerstin Armelius är professor emerita vid Institutionen för Psykologi, Umeå universitet. Hennes forskningsintressen är interpersonell psykologi både teoretiskt och metodiskt, behandlingsforskning samt grundläggande frågor om design, kausalitet och evidens inom klinisk psykologi.

Stefan Arvér är överläkare och docent i endokrinologi. Han är verksam vid Institutionen för medicin, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.

Mats Berglund är professor emeritus i klinisk alkoholforskning vid Lunds universitet. Han är läkare och specialist i psykiatri. Han har sedan slutet av 1960-talet arbetat vid Lunds universitet och utnämndes till professor i klinisk alkoholforskning 1988 i kombination med överläkartjänst vid beroendecentrum vid universitetssjukhuset MAS i Malmö. Han blev professor emeritus 2008. Han har publicerat mer än 200 vetenskapliga artiklar, bland annat inom områdena farmakologisk och psykosocial behandling av alkoholberoende. Under senare år har han utvecklat metoder för intervention vid riskfylld konsumtion av alkohol och för prevention av överdoser vid heroinnarkomani.

Bo Bergman är psykiater och docent i psykiatri och verksam som utredare vid Läkemiddelsverket.

Per Björkman är docent vid Enheten för infektionssjukdomar, Lunds universitet.

Stefan Borg är docent vid Karolinska Institutet och specialist i psykiatri. Han har under många år varit verksamhetschef för Beroendecentrum Stockholm.

Eva Edin är överläkare och specialist i psykiatri och allmänmedicin. Hon är verksam vid Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.

Solvig Ekblad är legitimerad psykolog och docent i transkulturell psykologi vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik, Centrum för medicinsk pedagogik, Karolinska institutet, Stockholm. Hennes forskning rör bland annat migration, socialmedicin och global psykisk hälsa.

Johan Franck är professor i klinisk alkohol- och narkotikaforskning vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet.

Arne Gerdner är professor i socialt arbete vid Högskolan i Jönköping och Mittuniversitetet. Han är socionom och internationellt certifierad alkohol- och drogbehandlare och har arbetat många år med behandling av personer med grava alkohol- och drogproblem. Hans forskning rör ofta gränslandet mellan psykiatri och socialt arbete, främst behandling för alkohol- och drogberoende och samsjuklighet samt insatser vid hemlöshet.

Ulf Guttormsson är forskningssekreterare vid Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Han är bland annat redaktör för den årliga rapporten Drogutvecklingen i Sverige och koordinator för den återkommande drogvaneökningen bland skolelever i Europa. Han har också ansvarat för flera nationella och regionala enkätundersökningar om drogvanoer.

Monica Hagman är legitimerad apotekare och chef för hälsa och farmaci, Apoteket AB.

Anders Håkansson, är läkare och med. dr och verksam inom klinisk alkoholforskning vid Lunds universitet och Beroendecentrum Malmö.

Anna Häger Glenngård är pol. mag. i nationalekonomi och ekon. kand. i företagsekonomi. Hon är verksam som projektledare vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund och som doktorand vid Institutionen för företagsekonomi, Lunds universitet.

Pinelopi Lundquist är apotekare, farm. dr och verksam som utredare vid Socialstyrelsen.

Helena Löfgren är fil. mag. i statsvetenskap och verksam som utredare vid Statens folkhälsoinstitut.

Kajsa Mickelsson är verksam som utredare vid Statens folkhälsoinstitut.

Lars-Håkan Nilsson är läkare och specialist i psykiatri. Han är verksam som medicinsk rådgivare vid Kriminalvården.

Annika Nordström är socionom och med. dr i psykiatri. Hon arbetar som hälsoutvecklare vid Landstinget i Västerbottens län.

Hon är även adjungerad lektor i folkhälsovetenskap vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet.

Lars Oscarsson är professor i socialt arbete vid Örebro universitet. I sin forskning har han främst studerat alkohol- och narkotikamissbrukets orsaker, yttringar och konsekvenser ur ett kultur-sociologiskt perspektiv samt den socialtjänstbaserade missbruksvårdens, barn- och ungdomsvårdens organisering, innehåll, utfall och konsekvenser.

Ulf Persson är fil. dr och verkställande direktör för Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund. Han är också adjungerad professor i hälsoekonomi vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet. Han har publicerat mer än 200 artiklar och rapporter i hälsoekonomi och trafiksäkerhetsekonomi.

Anders Rane är överläkare i klinisk farmakologi och professor emeritus i klinisk farmakologi vid Institutionen för laboratoriemedicin, Karolinska institutet.

Thord Rosén är docent och verksam vid centrum för endokrinologi och metabolism vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.

Annica Rhodin är med. dr och överläkare vid Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Christina Scheffel Birath är legitimerad psykolog och med. dr vid Karolinska institutet. Hon är verksam som klinisk psykolog vid Beroendecentrum Stockholm och arbetar för närvarande med en prevalensstudie om missbrukande kvinnors utsatthet för våld. Hennes viktigaste forskningsområden är kvinnor med alkoholproblem och behandlingsaspekter vid missbruk.

Vera Segraeus är fil. dr i sociologi med särskild inriktning mot behandlingsforskning. Hon har varit verksam som metodutvecklare inom socialtjänsten i Uppsala kommun och senare forskningsdirektör vid Statens institutionsstyrelse. Hon har också varit adjungerad professor vid Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, Stockholms universitet och gästprofessor vid dåvarande Växjö universitet.

Jenny Sjödin är ordförande i arbetsgruppen för läkemedel och hälsa, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL).

Kurt Skårberg är socionom och med. dr. Han är verksam vid Beroendecentrum i Örebro.

Per Sternbeck är förbundssekreterare vid Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL).

Bengt Sternebring är chefsöverläkare vid Beroendecentrum, Universitetssjukhuset i Malmö.

Bengt Svensson är professor i socialt arbete med inriktning missbruk vid Malmö högskola. Han har tidigare bland annat bedrivit forskning om narkotikaanvändares vardagsliv, tvångsvårdens innehåll, rymningar från tvångsvård och kriminalvård samt om ungdomskultur, droger och prevention.

Johanna Svensson är pol. mag. i nationalekonomi vid Lunds universitet och biträdande projektledare vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund. Hon arbetar med projekt som rör ekonomisk utvärdering av läkemedel samt läkemedelsmarknaden.

Bo Söderpalm är med. dr, universitetslektor och specialistläkare vid Sektionen för psykiatri och neurokemi, Göteborgs universitet.

Ingemar Thiblin är professor i rättsmedicin vid Institutionen för kirurgiska vetenskaper, Uppsala universitet och överläkare vid Rättsmedicinalverket. Han har under de senaste 15 åren bedrivit forskning om sambandet mellan användning av anabola androgena steroider (AAS) och våldsamt beteende och förtidig död. Han har även bedrivit epidemiologisk forskning om narkotikarelaterad död, främst orsakad av heroin och metadon.

Karin Trulsson är socionom och fil. dr i socialt arbete. Hon har under många år arbetat med missbrukande kvinnor och socialt utsatta familjer som barnpsykiatrisk kurator, socialsekreterare och arbetsledare i kommunal socialtjänst. Trulsson har också som föreståndare varit med om att starta institutionsbehandling för miss-

brukande kvinnor i Malmö. Hennes forskning har kretsat kring kvinnor, missbruk och behandling.

Sara Wallhed är legitimerad psykolog vid Beroendecentrum Stockholm och kliniskt verksam med ansvar för implementering av evidensbaserade behandlingsmetoder.

Anders Widell är överläkare och docent och verksam inom medicinsk mikrobiologi vid Beroendecentrum Malmö och Lunds universitet.

Agneta Öjehagen är socionom, legitimerad psykoterapeut och professor i psykosocial forskning vid Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet. Hon har tidigare arbetat som socialsekreterare och kurator vid alkoholmottagning samt vid specialenhet för personer med självmordsbeteende. Hennes forskning har rört självmordsproblematik, bland annat närståendes situation och samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende.

2 Missbruksvården och samhället

Lars Oscarsson, professor i socialt arbete, Örebro universitet

Sammanfattning

Det offentliga syn på missbrukaren och missbruksvården, liksom missbruksvården faktiska gestaltning, kan relateras till större socio-ekonomiska och politisk-ideologiska strukturer i samhället: Från en i början av 1900-talet individbaserad moralisk syn på missbrukare och en lekmanstyrd missbruksvård byggd på arbete och social fostran, till dagens likaledes individbaserade syn på problemet – men nu med en inom ramen för en medicinsk kontext på forskning och professionell grund byggd missbruksvård; och därmed, närmast som en parentes, det sena 1960- och 1970-talets avindividualiserade syn på missbruket som ett symptom på strukturella brister i välfärdssamhället, och med ökat medvetandegörande och kollektiva samhällsförändrande aktioner som korrekionsmedel.

Som en konsekvens av analysen är missbruksvårdens utveckling i första hand inte ett resultat av professionella eller vetenskapliga framsteg. Istället visar den att missbrukaren, vare sig han eller hon i missbruksvårdens namn tvingas till arbete och social fostran eller erbjuds psykoterapi eller farmakologisk behandling, ställs inför alternativ som i grunden vilar på politisk-ideologiska överväganden. Och det i sin tur innebär att missbruksvården ur såväl ett brukarsom allmänt medborgarperspektiv är en offentlig verksamhet som bör förstås ur såväl ett humanistisk-samhällsvetenskapligt som ett medicinskt perspektiv.

2.1 Inledning

2.1.1 Syfte och utgångspunkter

Sverige har en lång tradition att bedriva en statligt reglerad och med skattemedel finansierad missbruksvård i form av en långtgående decentralisering och delegering av tillämpningen av lagstiftningen och genomförandet av vården till en politiskt vald kommunal förvaltning och i hög utsträckning icke-offentliga utförare av olika insatser. Och de medborgare som varit föremål för insatserna har i allmänhet haft en socio-ekonomiskt utsatt position i samhället.

Syftet med föreliggande text är att för Missbruksutredningens räkning ge en översiktlig beskrivning av hur utvecklingen av den svenska missbruksvårdens form och innehåll kan förstås i relation till dels den bredare samhällsutvecklingen sett till ekonomiska, sociala, kulturella och politiska förändringar i Sverige (och i viss mån övriga västvärlden), dels den politiska och professionella diskursen kring missbruket och missbruksvården. Fokus ligger på synen på missbruket, dess orsaker och yttringar, och på vilken typ av insatser som ansetts lämpliga gentemot missbrukaren. Däremot kommenteras frågor om huvudmannaskap, organisation i övrigt och finansiering bara när det anses ha betydelse för syftet. Texten belyser perioden från den så kallade Alkoholistlagens tillkomst 1913 fram till i dag, och den utgår ifrån två perspektiv – ett statsvetenskapligt och ett social-konstruktivistiskt.

Det statsvetenskapliga perspektivet bygger på Rothsteins syn på politikens genomförande i Sverige som ett exempel på en korporativistisk förvaltningsmodell (Rothstein 1992) och hans analys av välfärdspolitikens inriktning och omfattning visavi medborgarna (Rothstein 1994). Rothstein menar att den traditionella svenska välfärdsmodellen med en långtgående statlig ambition att bidra till medborgarnas bästa också på individnivå kräver en långtgående decentralisering och delegering från central till lokal politisk nivå och från politiker till tjänstemän. Den i Sverige sedan 1913 års alkoholistlag dominerande synen på alkoholmissbruket som ett i huvudsak socialt problem, till skillnad från t.ex. ett medicinskt-professionellt, har också lett till att statsmakterna öppnat upp för ett korporativistiskt handhavande av problemet, som inneburit att olika icke-offentliga och lekmanbaserade intressenter gjorts delaktiga i framför allt utförandet av de individriktade insatserna.

Det socialkonstruktivistiska perspektivet innebär här att studera sociala, ekonomiska och kulturella processer i ett samhälle som leder fram till att vissa förhållanden etableras såsom varande sociala problem, och att vissa förhållningssätt och aktiviteter uppfattas som legitima visavi dessa problem (se t.ex. Becker 1963; Gusfield 1963; Goffman 1971; Cohen 1987). Social-konstruktivismen har sina rötter i det kunskaps sociologiska perspektiv som formulerades av Berger och Luckmann (1966) där den sociala verkligheten, samhället, det sociala livet och "världen", och vår kunskap om den, inte betraktas som givna utifrån objektiva förhållanden eller fakta, utan som socialt konstruerad.

2.1.2 Analysmodell

Sett till utgångspunkterna ovan innehåller missbruksfrågan åtminstone två delfrågor – en som rör problemets karaktär och en som rör dess handhavande. Om vi ser till den första frågan så kan vi i Västeuropa och Nordamerika urskilja två grunddimensioner i svaret. En innebär att förlägga orsakerna till problemet till antingen samhället eller individen, och den andra att se individen såsom drabbad av eller själv skyldig till sina problem. I det första fallet har orsakerna tillskrivits allt från kvarvarande brister i utbyggnaden av välfärdssamhället eller det post-industriella samhällets avtraditionalisering, till synd eller sjukdom. Och svaret på den andra frågan ges delvis av svaret på den första – individen som drabbad av brister i samhället eller av en sjukdom, eller som en syndfull eller intentionellt handlande varelse (se t.ex. Bergmark & Oscarsson 1987, 2000a; Blomquist 1999).

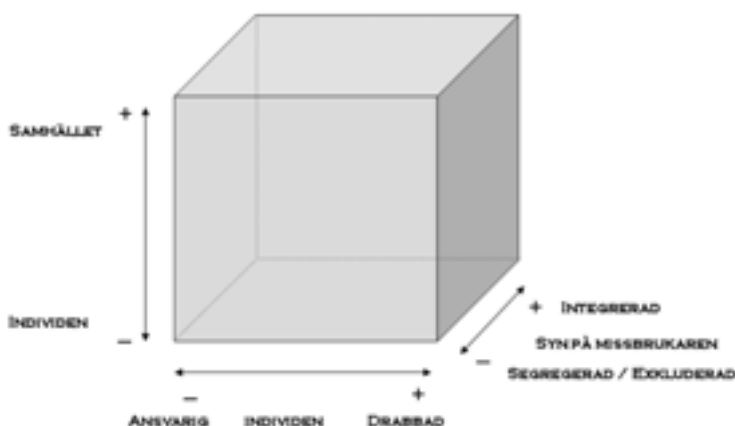
Om vi ser till missbruksvården ställning eller uppgift i samhället så kan vi särskilja två historiska grundperspektiv (Edman 2004): ett rekommodifieringsperspektiv och ett samhällsreformistiskt perspektiv. Det förra innebär att missbruksvården ska återföra den avvikande missbrukaren till ett skötsamt liv, och det senare att missbruksvården utgör en del i ett större politiskt välfärdsprojekt för att minimera utslagningen och avstigmatisera olika former av sociala och medicinska avvikelser. Det förstanämnda, rekommodifieringsperspektivet, kan i sin tur uppträda i två varianter; ett moraliserande som skuldbelägger missbrukaren såsom ansvarslös, karaktärsvag eller liknande, och där missbruksvården har ett närmast (upp)fostrande syfte; och ett medicinskt som söker patolo-

giska förklaringar till det individuella missbruket och där missbrukaren via olika former av vård ska bli ”frisk”.

Till dessa två kan vi lägga ett tredje, ett avkommodifieringsperspektiv (för att behålla begreppsapparaten), som innebär att orsakerna till och lösningen på missbruksproblem ska sökas i samhället istället för hos individen. Det är olika förtryckande processer i (företrädesvis den borgerliga) familjen, på arbetsmarknaden, i det kapitalistiska systemet och i samhällsstrukturen i övrigt, som leder till missbruksproblem på individnivå, och lösningen ligger i att förändra dessa destruktiva processer och strukturer i samhället.

Mot bakgrund av ovanstående kommer missbruksvårdens utveckling att analyseras utifrån två perspektiv eller ”rum” – det problemkaraktäriserande respektive det problemlösande rummet. Det problemkaraktäriserande rummet innehåller tre dimensioner (se figur 1): En som gäller förläggandet av orsakerna till missbruksproblemen till antingen samhället eller till individen, en som gäller individen som ansvarig för eller drabbad av missbruket, och en som handlar om en inkluderande eller exkluderande syn på missbrukaren som ”avvikare”.

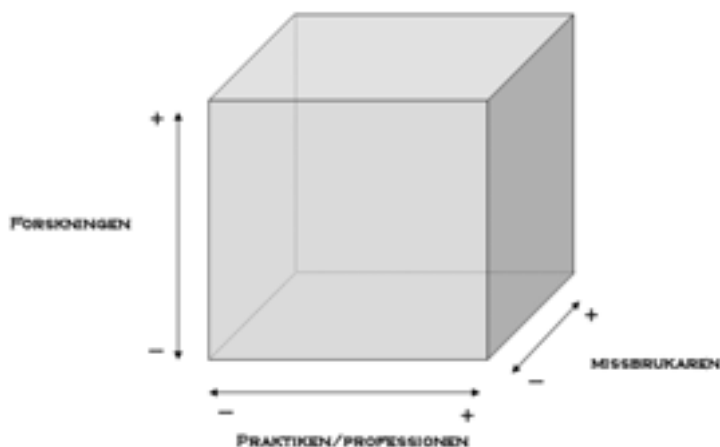
Figur 1 Det problemkaraktäriserande rummet



Också det problemlösande rummet (figur 2 nästa sida) består av tre dimensioner. Dessa representerar de huvudsakliga resurser eller

instanser som samhället under den aktuella tidsperioden sett till eller förlitat sig på för att rehabilitera de medborgare som uppfattats som missbrukare av alkohol – och under senare decennier också narkotika. En sådan resurs är forskningen, en annan en viss praktik eller profession, och en tredje utgörs av missbrukaren själv.

Figur 2 Det problemlösningsansvariga rummet



2.1.3 Källor

När det gäller den svenska missbruksvårdens utveckling, relation till politiken och samhällsutvecklingen i övrigt från början av 1900-talet fram till och med 1990-talet finns det ett antal studier som har tjänat som underlag för den här aktuella framställningen. Det gäller framför allt Bergmark & Oscarsson 1994a, 1994b, 1998, Blomquist 1999, Stenius 1999, Oscarsson 2000, 2001 och Edman 2004. Till detta kommer statliga utredningar och propositioner på området. För utvecklingen hittills under 2000-talets första decennium finns det av naturliga skäl färre relevanta studier som kan ge ett perspektiv. Analysen av de senare åren ska därför ses som mer tentativ än den av de tidigare, och mer som ett försök att pekande på tendenser i utvecklingen än på faktiska och kanske bestående förändringar.

2.2 Lagen om behandling av alkoholister – utvecklingen under 1900-talets första hälft

Dagens offentliga reglering av svensk missbruksvård har sitt ursprung i den av riksdagen 1913 beslutade och med öppnandet av tvångsvårdsanstalten Venngarn 1916 ikraftträdande lag (1913:102) om behandling av alkoholister ("Alkoholistlagen") – en reglering som sett till praktiken i stor utsträckning var oförändrad fram till 1970-talet. Alkoholistlagen, som kan sägas ha brutit loss missbruksproblemet ur lagstiftningar som reglerat lösdriveri- och fattigdomsfrågor, byggde liksom dessa på ett moraliskt perspektiv, vars utgångspunkt var att individen så långt han eller hon förmår ska försörja sig själv och sina närstående genom arbete. Genom att avvika från denna norm och genom de negativa sociala konsekvenser missbruket medförde sågs missbrukaren som en fara eller olägenhet för samhället; dvs., samhällsskyddet och inte omsorgen om individen var primärt. Och det var den (primär-) kommunala nivån som fick det offentliga ansvaret att tillämpa den nya lagstiftningen visavi medborgarna.

Perspektivet kan föras tillbaka på både dygdetik och luthersk moral, men också på den växande arbetarrörelsens upplevda behov av att distansera sig från den icke skötsamme arbetaren ("trasproletären"), som sågs som en fara och ett hinder för arbetarrörelsens ambitioner att utvecklas till en samhällsbärande institution (Ambjörnson 1988). På det sättet kom missbrukaren så att säga i kläm mellan en äldre traditionell samhällsmoral byggd på klassisk och kristen grund, och en transformering av denna moral till en del i ett politisk-fackligt projekt; i båda fallen med den ansvarstagande, skötsamme samhällsmedlemmen och arbetaren som förebild, och med en väntande belöning för den som levde upp till de moraliska imperativen – antingen i livet efter detta eller i form av makt över sitt liv här på jorden (och med parallella möjligheter till negativa konsekvenser vid bristande moralisk följsamhet).

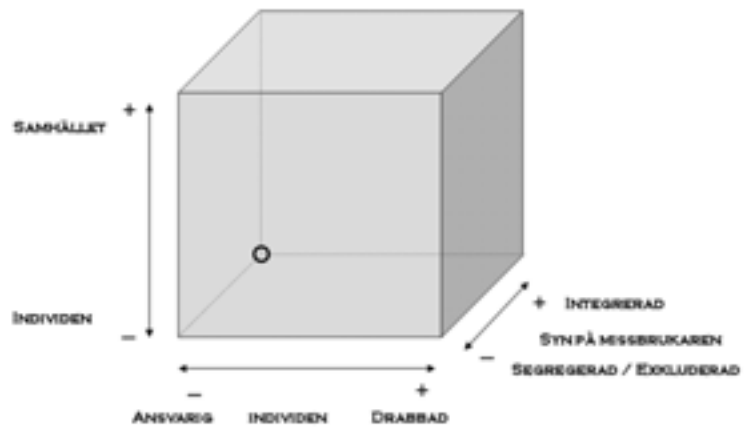
Alkoholistlagen byggde på möjligheten till tvångsinternering om olika så kallade hjälpåtgärder av kontrollerande, övervakande karaktär inte åstadkom en förbättring. Omhändertagandet av personer med missbruksproblem fick således inom ramen för en egen offentlig reglering antingen karaktären av kontroll, där indragning av motboken var det mest frekventa medlet, eller disciplinär fostran för att göra missbrukaren till en skötsam och duglig samhällsmedlem – ytterst via institutionalisering med arbete och moralisk på-

verkan. Olika former av ”öppna” kontrollåtgärder dominerade under perioden, men det skedde också en kraftig utbyggnad av antalet institutioner och institutionsplatser – framför allt under 1930-talet, vilket kan kopplas till den ekonomiska krisen och den ökande arbetslösheten. Lagen reviderades 1922, 1931 och 1938 varvid ytterligare kriterier för ingripande tillkom, något som också kan ha bidragit till utbyggnaden av institutionsvården.

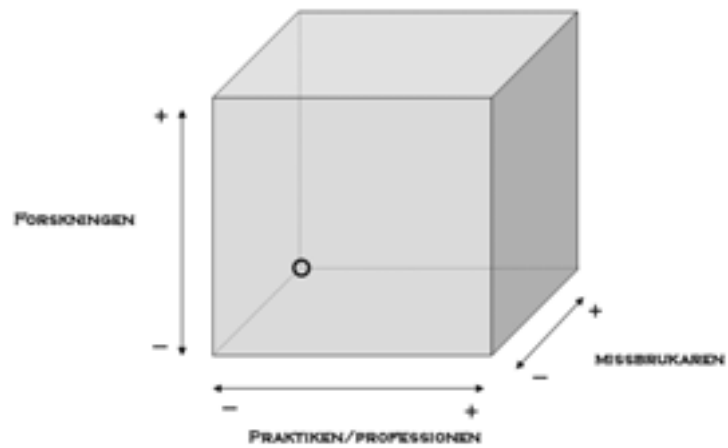
Om vi ser till analysmodellens problemkaraktäriserande rum (figur 3 nästa sida) så förläggs orsakerna till missbruket under denna period till individen; till dennes bristande moral eller karaktär. Ansvar är därför också missbrukarens genom denna avvikande moral eller karaktär och hans eller hennes underlåtelse att ta ansvar för sin egen och eventuella närståendes försörjning. Samtidigt har lagen en inkluderande syn på missbrukaren; han eller hon ska återföras till ett produktivt liv som skötsam samhällsmedlem.

Om vi ser till det problemlösande rummet (figur 4 nästa sida) så var forskningen under den här perioden inte en framträdande kunskapskälla, då problemet sågs som ett i huvudsak moraliskt problem med social fostran och arbete som lämpliga åtgärder. Det fanns inte heller en profession som utifrån unika professionsspecifika kunskaper och arbetsmetoder fick ansvaret för samhällets insatser, utan det lades på lekmannabesatta nykterhets- eller fattigvårdsstyrelser och anstaltspersonal med kompetens för arbetsdrift med det ordinarie arbetslivet som förebild. Ansvar kom istället att falla på missbrukaren själv att ta varning och lärdom av samhällets olika hjälpåtgärder och med betoning på arbetets primat.

Figur 3 Det problemkaraktiserande rummet 1900-talets första hälft



Figur 4 Det problemlösningsansvariga rummet 1900-talets första hälft



Sammanfattningsvis karakteriserades missbruksvården således under första hälften av 1900-talet av ett moraliserande rekommodifieringsperspektiv syftande till att återföra den karaktärssvage missbrukaren till ett liv som skötsamt arbetande samhällsmedlem.

2.3 Alkoholistsvårdsutredningen och perioden 1948–1964

1946 års Alkoholistsvårdsutredning, som presenterade sitt betänkande 1948 (SOU 1948:23), innebar sett till synen på missbruksproblemet ett brott mot den tidigare lagstiftningens moraliskt-kontrollerande perspektiv och introducerandet av ett mer komplext medicinskt och socialt synsätt; något som dock inte fullföljdes i lagtexten och bara delvis inom vården. Den tidigare orsaksförklaringen förlagd till individen och dennes bristande karaktär eller moral fick nu en utformning som både innebar möjligheten att vissa individer hade en fysiologisk eller psykologisk predisposition att utveckla ett missbruk, att missbruket i sig kunde leda till olika sjukliga tillstånd, och att den sociala miljön också kunde spela in. Samtidigt betonades de för omgivningen och samhället negativa konsekvenserna av missbruket som ett huvudskäl för samhället att ingripa – fortfarande inte omsorgen om missbrukaren själv. Av betänkandet framgår också att det råder stor osäkerhet kring den närmare karaktären och innebörden hos, och sambanden mellan, de olika av fysiologiska, psykologiska och sociala faktorerna.

Det finns flera förklaringar till det förändrade perspektiv som Alkoholistsvårdsutredningen gav uttryck för. En tydlig sådan är ett missnöje med att den tidigare lagstiftningen och missbruksvården inte ingripit tillräckligt långtgående och effektivt mot missbruket och missbrukarna. En annan är medicinens och läkarnas roll i den rational som kännetecknade framväxten av den svenska välfärdsstaten, av det moderna projektet. Den medicinska vetenskapen och läkarna utgjorde tillsammans med andra (i huvudsak naturvetenskapligt och tekniskt grundade) professioner verktyg för att utveckla välfärdsstaten och för att korrigera dess brister – från infrastruktur och industrialisering till fysiologiska, genetiska och psykologiska defekter hos befolkningen; ett politiskt reformperspektiv som kännetecknade den svenska socialdemokratins in på 1970-talet och som brukar betecknas som social ingenjörskonst (se t.ex. Hirdman 2000). Om missbrukaren tidigare setts som moraliskt eller karaktärsmissigt avvikande på religiösa eller andra samhällsmoraliska grunder, så var han eller hon nu fysiologiskt eller psykologiskt avvikande på medicinska grunder – om än oklart av vilken närmare karaktär.

I linje med det förändrade perspektivet lyfte utredningen fram behovet av ett ökat medicinskt inslag i missbruksvården och av

utbildad, professionell personal. Insatserna skulle vara individuella i form av så kallad ”summationsbehandling” bestående av såväl somatiska som psykiatriska och sociala moment. Liksom ifråga om synen på missbrukets natur så präglas utredningen dock också här av vad som kan beskrivas som en kluvenhet eller osäkerhet i syn på åtgärderna. Å ena sidan lyfts behovet av en mer professionell missbruksvård fram, å den andra betonas det fortsatta behovet av insatser inte minst i form av institutionsvård grundat på ett allmänt engagemang i missbruksfrågan. Man kan här säga att Alkoholistsvårdsutredningen bekräftar och befäster den arbetsdelning mellan det offentliga och det privata, lekmanna-baserade som kännetecknat svensk missbruksvård allt sedan Alkoholistlagen 1913.

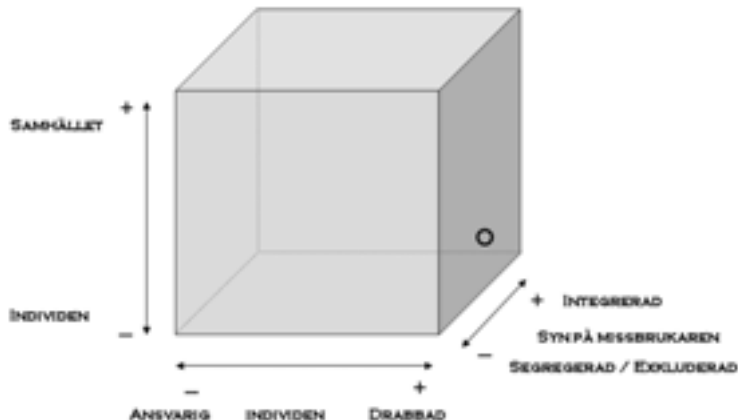
Sett till rekvisiten för och innehållet i vården, så skedde dock i praktiken inga radikala förändringar. Inga medicinska indikatorer för ingripande skrevs in i den nya lag (1954:579) om nykterhetsvård (”Nykterhetsvårdslagen”) som kom 1954; och även om ”behandling” var den föreskrivna formen för samhällets insatser så var de repressiva inslagen tydliga i form av kontrollerande ”hjälpåtgärder” eller institutionsvistelse präglad av arbetsdrift. Och arbetsdriften fick snarare formen av arbetsträning för att klara den moderna industrins krav på skicklighet och tempo, än av allmänt fysiskt och moraliskt stärkande. Insatserna riktade sig också fortsatt mot socio-ekonomiskt marginaliserade grupper i välfärdssamhällets utkanter. Någon större professionalisering av vården i riktning mot behandling i mer snäv bemärkelse genomfördes inte heller – med ett undantag. Under 1950- och 1960-talet ökade antalet så kallade alkoholpolikliniker. Liksom övrig offentligt driven missbruksvård drevs dessa ofta i kommunal regi, men hade jämfört med övriga vårdformer och insatser mer välutbildad personal och större inslag av behandling. Här öppnades också en möjlighet för socialt integrerade missbrukare att själva söka hjälp under en mindre stigmatiserande medicinsk rubrik än Alkoholist- och Nykterhetsvårdslagens (under-)klasslagskaraktär.

Det kanske främsta skälet till att Nykterhetsvårdslagen inte kom att innehålla några medicinska indikatorer och inte heller ledde till några större förändringar sett till missbruksvårdens innehåll, är att införandet av det medicinska perspektivet inte åtföljdes av några nya effektiva behandlingsmetoder – det var mer just ett perspektiv än en ”verkstad”. Att det individuella missbrukets sociala och ekonomiska skadeverkningar fortsatt kom att utgöra grunden för samhällets ingripande kan förstås mot bakgrund av dels

denna avsaknad av alternativ, dels de förväntade negativa konsekvenserna av motbokens avskaffande 1955. Det ökade antalet alkoholpolikliniker liksom en kraftig expansion av antalet institutioner och institutionsplatser under 1950-talet, understött av ökade statsbidrag till missbruksvården, ska också ses i ljuset av denna händelse.

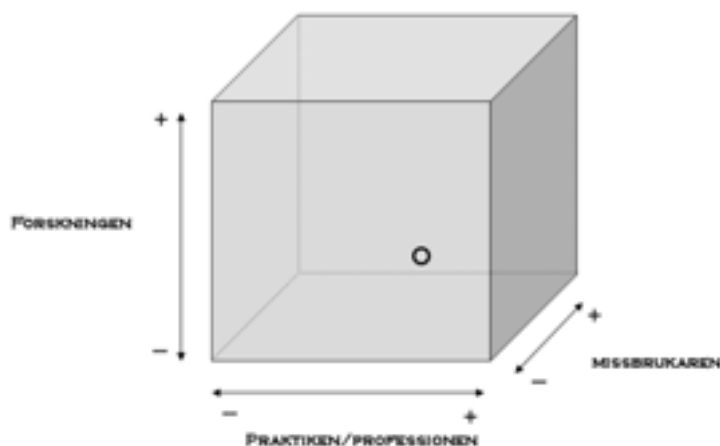
Utifrån den analysmodell vi använder så innebär utvecklingen under perioden 1948–1964, när det gäller problemets karaktär (figur 5), att orsakerna till missbruket fortfarande förläggs till individen. Men de tidigare moraliskt grundade beskrivningarna av missbrukarens tillkortakommanden har här ersatts av en medicinsk begreppsapparat som öppnar upp för att härleda orsakerna till såväl en individuell predisposition att utveckla missbruk som att följderna av ett missbruk kan leda till olika sjukdomstillstånd. Även om vi beaktar den osäkerhet som uttrycks kring den närmare naturen av en predisposition eller de sjukdomstillstånd missbruket kan leda till, så innebär Alkoholistsvårdsutredningen här definitivt en förskjutning av perspektivet från den moraliskt förkastlige missbrukaren som ansvarig för sitt tillstånd till den av någon form av patologi drabbade individen. Förutom att det medicinska perspektivet också innebar att vissa missbrukare beskrevs i termer av eventuella kroniker, så fanns för övriga ett inkluderande synsätt som innebar att de skulle återinlemmas som produktiva samhällsmedlemmar.

Figur 5 Det problemkaraktäriserande rummet perioden 1948–1964



Om vi ser till synen på lösningen på missbruksproblemet (figur 6) så är forskningen fortfarande inte en framträdande kunskapskälla. Däremot lyfts den medicinska praktiken och ett generellt behov av en mer professionell missbruksvård fram, samtidigt som ett socialt, politiskt, ideellt engagemang i missbruksproblemet fortsatt betonas som en viktig grund för arbetet med missbrukare. Och om vi ser till innehållet i vården, så faller det fortfarande på missbrukaren att underkasta sig olika hjälpåtgärder eller tillgodogöra sig en arbetslivsanpassad träning för en blivande position som produktiv samhällsmedlem.

Figur 6 Det problemlösningansvariga rummet perioden 1948–1964



Sammanfattningsvis karakteriseras missbruksvården vid tillkomsten av Nykterhetsvårdslagen 1954 av en förskjutning från ett moraliserande mot ett medicinskt rekommofierings-perspektiv syftande till att inlemma den i någon form patologiskt drabbade missbrukaren till ett liv som produktiv medborgare – dock i flertalet fall utan större inslag av behandlande insatser. Här finns således en diskrepans mellan en ökad medikaliserings av synen på missbrukets orsaker och innehållet i missbruksvården.

2.4 1964 års nykterhetsvårdsundersökning och perioden fram till socialtjänstlagen 1980

Under andra hälften av 1960-talet restes i Västeuropa och Nordamerika allt starkare röster som från ett vänsterpolitiskt perspektiv ifrågasatte de rådande ekonomiska och politiska maktstrukturerna i samhället; en utveckling som fick sitt mest dramatiska uttryck i Frankrike där protester och strejker från studenter och arbetare våren 1968 var på väg att leda till en samhällsomstörtande situation som också fått ge namn åt den historiska utvecklingen – ”68-rörelsen” eller ”68-vänstern”. Och inte bara ekonomiska skillnader utan också sociala och psykiatriska problem sågs som konsekvenser av grundläggande socio-ekonomiska och politiska ojämlikheter.

I Sverige kom innehållet i betänkandet från den 1964 tillsatta Nykterhetsvårdsundersökningen (SOU 1967:36) att tydligt spegla denna utveckling. I betänkandet, som publicerades 1967, framfördes stark kritik mot en missbruksvård som kännetecknades av bristande kunskaper och kompetens, av att vara en klasslagstiftning riktad mot socialt och ekonomiskt utsatta grupper, och med en repressiv institutionsvård som mer hade karaktären av förvaring än av vård. Man ifrågasatte också ett vårdtvång på sociala indikationer. Utredningens syn på missbrukets orsaker var också ”i takt med tiden” och innebar ett brott mot det tidigare individperspektivet då den anger såväl samhälleliga strukturella som psykologiska brister hos missbrukaren och i dennes närmiljö som det primära problemet och orsakerna till missbruket – det så kallade symptomteoretiska perspektivet (se t.ex. Lindgren 1993).

Trots sin betoning på de sociala, samhälleliga orsakerna bakom missbruket inkluderade också Nykterhetsvårdsundersökningen ett medicinskt perspektiv. Alkoholmissbruket beskrevs som ett sammansatt socialmedicinskt problem som krävde ett helhetsperspektiv och möjligheten till insatser med motsvarande bredd. Förklaringen till denna dubbelhet kan delvis sökas i samma tro på den sociala ingenjörskonstens möjligheter som också kom till uttryck i Alkoholistvårdsutredningens introducerande av ett mer komplext medicinskt och socialt perspektiv på alkoholmissbruket. Och även om orsakerna till missbruket låg utanför individen så var insatserna riktade mot missbrukaren själv – ett förhållande som i dåtidens socialdemokratiska socialpolitik inkluderade bidrag från såväl medicinska som sociala professioner. I utredningen framfördes också allmänhetens positiva syn på och förtroende för sjukvården

som en förebild för en framtida socialvård som utgick från en helhetssyn på de sociala problemen.

Nykterhetsvårdsundersökningens kritik av missbruksvården kan ses som ett av många bidrag som under 1960-talet ifrågasatte hela den hittillsvarande synen på sociala problem såsom orsakade av brister hos individen vare sig dessa beskrivits i moraliska eller mer patologiska termer. En syn på sociala problem såsom kopplade till samhällsstrukturer och samhällsutvecklingen i stort kom att allt mer dominera den offentliga debatten och 1967 tillsattes den så kallade Socialutredningen. Utredningens uppdrag var att utifrån helhetsperspektivet ta fram en samlad lagstiftning som kunde ersätta de dittillsvarande barnavårds-, socialbidrags- och nykterhetsvårdslagarna.

Socialutredningen lade fram ett principbetänkande 1974 (SOU 1974:39) och sitt slutbetänkande 1977 (SOU 1977:40), och dess arbete kom att i hög grad både präglade och präglas av den intensiva samhällsdebatten under dessa år. Utredningen slog fast att socialvårdens arbete skulle avse både individens totala livssituation och de samhällsstrukturer som låg bakom de sociala problemen, vara av servicekaraktär och bygga på frivillighet. Men när det kom till missbruk, som nu också inkluderade narkotikamissbruk, så försatte sig utredningen i en likartad situation som Nykterhetsvårdsutredningen: Man inkluderade ett medicinskt perspektiv i synen på missbruket och förespråkade behandling, samtidigt som man inte ville inkludera en medicinsk begreppsapparat i en social vårdlagstiftning. Man var också vacklade i frågan om det riktiga i tvångsvård på sociala grunder.

Parallellt med Socialutredningens försök att hantera frågan om missbrukets medicinska status skedde en fortsatt medikalisering av missbruket inom delar av socialförsäkringssystemet, nämligen i 1974 års sjukpenningsreform och i ändrade regler för förtidspensionering 1977. Förändringarna innebar att intagna på allmänna alkoholistanstalter fick rätt till sjukpenning och att alkoholmissbruk kunde utgöra en grund för förtidspension. En dom i Arbetsdomstolen 1978 som avvisade frånvaro från arbetet på grund av alkoholmissbruk som grund för avskedande, då missbruket var att betrakta som en sjukdom, befäste medikaliseringens perspektivet ytterligare.

Den nya socialtjänstlagen (1980:620), som antogs 1980 och trädde i kraft 1982, utgick från en helhetssyn på de sociala problemen och hur de skulle hanteras, byggde på frivillighet och på en närhetsprincip som innebar att insatser skulle ske i olika former av

öppenvård i medborgarnas närmiljö – institutionsvård var ett undantag. Socialtjänstens insatser skulle vidare inte bara vara riktade mot redan tungt problembelastade individer och grupper utan också vara förebyggande; och när det gäller missbrukare inte bara omfatta dem med ett redan utvecklat missbruk, utan också dem som riskerade att utveckla ett missbruk. Lagen var en ramlag som angav målen för samhällets insatser, men inte närmare preciserade vägarna för att nå dem. Staten behöll dock möjligheten till tvångsvård av missbrukare genom en speciallagstiftning – lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Genom att grunden för tvångsingenripande kunde vara såväl missbrukarens eget som ”andras” liv och hälsa, kom lagstiftningen att inte bara bekräfta behandlingsperspektivet inom missbruksvården, utan att också prolongera ett, om än individbaserat, samhällsskydd.

Tillkomsten av LVM kan ses som ett resultat av och ett försök att tillmötesgå olika åsikter och krafter i socialvårdsdebatten, som i tvångsfrågan präglades av en stark polarisering. Å ena sidan uttrycktes ett önskemål om att en gång för alla rensa ut de repressiva, kontrollerande inslagen ur sociallagstiftningen – en ståndpunkt som fanns företrädd inom bl.a. socialutredningen och som kan ses som en tro på en fortsatt reformistisk utveckling av välfärds-samhället enligt svensk modell. Inom den under 1970-talet framväxande narkomanvården, och då speciellt ungdomsvården, framfördes samtidigt starka krav på fortsatta möjligheter till tvångsvård. Kravet grundades i en radikal socialdemokratisk syn på missbrukarna som ett trasproletariat skapat av det kapitalistiska samhället, och där tvångsvård kunde vara nödvändigt för att inlemma dem i en på arbetsklassens värderingar byggd gemenskap.

I och med socialtjänstlagens tillkomst övertog kommunerna och landstingen också ansvaret för de tidigare statligt drivna nykterhetsvårdsanstalterna och möjligheten att bedriva tvångsvård förbehålls det offentliga. Redan 1968 hade kommuner, landsting och stiftelser fått möjlighet att söka statsbidrag för att driva institutionsvård för narkotikamissbrukare.

Om vi ser till innehållet i missbruksvården så kan den under perioden grovt beskrivas som en utveckling från kontroll och arbetsdrift mot behandling och miljöterapi. Inom öppenvården fortsatte utbyggnaden av alkoholpoliklinikerna som kunde erbjuda medicinsk behandling i form av antabus och också rådgivning och psykoterapi. Inom institutionsvården skedde en gradvis utveckling bort från arbetsdriften i centrum mot ett miljöterapeutiskt sätt att

bedriva verksamheten med större inslag av gruppsamtal, av psyko-dynamisk teoribildning, och av för personal och klienter gemensamma aktiviteter när det gällde såväl institutionens skötsel som själva behandlingsarbetet. Omfattningen och takten i denna utveckling såg dock mycket olika ut på olika institutioner. Också inom öppenvården startades miljöterapeutiskt inspirerade verksamheter för socialt marginaliserade missbrukare.

Miljöterapiens introducerande kan ses som ett steg mot en professionalisering av missbruksvården i riktning mot behandling. Men den bör också förstås i ljuset av att den utvecklades som en närmast politisk-ideologisk reaktion mot en dåtida repressiv, kontrollerande psykiatri, som uppfattades som ett medel eller redskap för de styrande i samhället att kontrollera individer och grupper som upplevdes som hot mot rådande maktförhållanden.

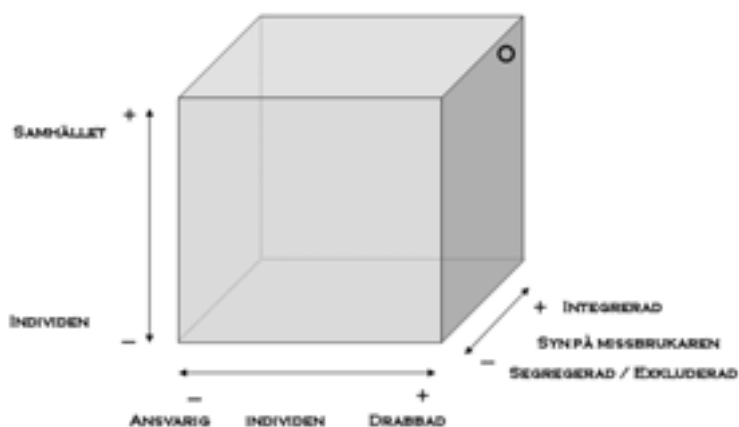
Utvecklingen av missbruksvårdens innehåll kan mot bakgrund av socialvårdsdebatten ses som ett resultat av ett både samhälleligt, politiskt och professionellt dilemma. De statliga utredningarna på området slog fast en syn på sociala problem såsom kopplade till brister i samhällsbygget (symptomteorin) och förordade utvecklingen av en mer professionell socialvård med uppgift att arbeta med såväl individens livssituation som mer strukturellt med de samhällsförhållanden som bidrog till de sociala problemen – dvs. i den sociala ingenjörskonstens anda. Samtidigt saknades såväl effektiva metoder för en professionell missbruksvård, som former för socialvårdens medverkan i mer politiska strukturella frågor på lokal nivå. Mot detta reformistiska i huvudsak socialdemokratiska perspektiv på orsakerna och deras lösning, stod ett mer radikalt eller revolutionärt perspektiv som delvis bejakade orsakerna men menade att det var brister som inte gick att bygga eller reformera bort, utan som krävde radikala förändringar i fördelningen av politisk och ekonomisk makt.

Den institutionella missbruksvården kan ses som en arena där båda dessa perspektiv fick ta plats. För en socialarbetarkår som under perioden genomgick en professionalisering var den psyko-dynamiska teoribildningen ett perspektiv som förenade möjligheterna till ett till synes professionellt behandlingsarbete på individ- och gruppnivå med ett perspektiv som inte skuldbelade missbrukaren, utan istället såg denne som ett offer för sin sociala och psykologiska bakgrund. Och det miljöterapeutiska perspektivet gav möjligheter till gemensamma aktiviteter personal och klienter emellan; något som för personalen manifesterade en solidaritet med

de av samhället och dess institutioner utslagna missbrukarna och en vilja att med förenade krafter förändra dessa förhållanden.

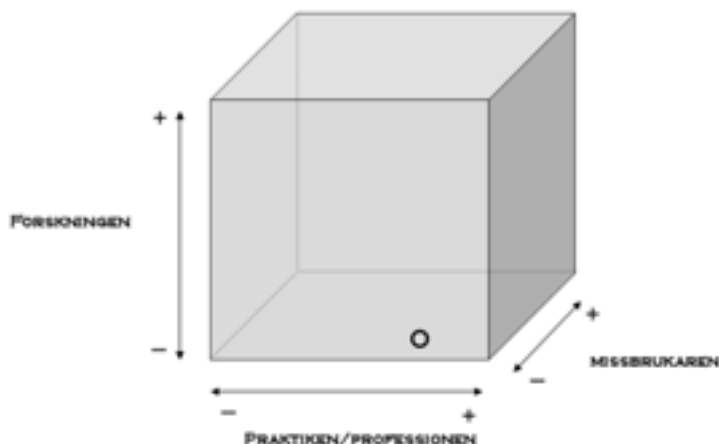
Först i och med socialtjänstlagens tillkomst och utvecklingen av en missbruksvård med "behandling" som reellt ledande begrepp (om än i vid och obestämd form) bröts det repressiva, individkontrollerande perspektivet inom svensk missbruksvård – något som också återspeglas i de dimensioner som ingår i vår analysmodell. Sett till problemets karaktär (figur 7) så förläggs nu orsakerna till missbruket till olika samhälleliga förhållanden, som leder till eller drabbar vissa individer i form av missbruk. Målet med samhällets insatser är fortfarande att integrera missbrukaren i samhällsgemenskapen, men nu som fullvärdig medlem på ett mer generellt sätt utan speciellt fokus på eller via deltagande i produktionen.

Figur 7 Det problemkaraktäriserande rummet vid socialtjänstlagens tillkomst 1980



När det gäller synen på olika lösningar på problemet (figur 8 nästa sida) så spelar forskningen fortfarande en undanskymd roll, medan missbruksvården som praktik- eller professionsfält, kompletterat med frivilliginsatser, nu tillmäts en stor betydelse. Missbrukaren själv däremot tilldelas en tydlig klientroll såsom drabbad, offer för andra krafter och därmed berättigad till samhällets stöd.

Figur 8 Det problemlösningsansvariga rummet vid socialtjänstlagens tillkomst 1980



Sammanfattningsvis så karakteriseras missbruksvården i början av 1980-talet av ett närmast ideologiskt-professionellt *dekommodifieringsperspektiv*, syftande till att medvetandegöra missbrukaren om destruktiva krafter i samhällsutveckling och den egna uppväxten som behöver förändras för att han eller hon, liksom andra utsatta grupper, ska kunna ta del i förändringen av samhället – i antingen en mer reformistisk eller radikal riktning.

2.5 Missbruksvården efter socialtjänstlagen och LVM

En av de viktigaste förutsättningarna för missbruksvårdens utveckling under 1980-talet och framåt var att kommunerna och landstingen i och med socialtjänstlagen tog över ansvaret för den institutionsbaserade missbruksvården från staten (dock tog staten tillbaka ansvaret för tvångsvården 1994). Efter socialtjänstlagens och LVM:s ikraftträdande 1982 har det inte skett några mer genomgripande förändringar i lagstiftningen som speglar en förändrad syn på missbrukets orsaker, konsekvenser eller lämpliga åtgärder. De lagändringar som skett har mer varit av förtydligande och administrativ art och bland annat rört ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän och tillämpningen av tvångsrekvisiten – med ett undantag.

Mot slutet av 1980-talet utökades möjligheterna till tvångsvård, vilket motiverades med att det är angeläget att alla missbrukare får del av en framgångsrik frivillig vård (SOU 1987:22). Man menar vidare i utredningen att den tvångsvårdade missbrukaren som fått del av samhällets insatser så att säga "i backspegeln" kommer att vara positiv till att ha utsatts för tvånget i den situation han eller hon då befann sig. Här befasts således något som kan beskrivas som en "god" paternalistisk motsvarighet till äldre lagstiftnings mer repressiva moraliska syn på vissa grupper av missbrukare. Det växande narkotikaproblemet kan ses som ett skäl bakom utredningens synsätt. Det ökade narkotikamissbruket ledde också till generella avsteg från principen om insatser i öppna former i missbrukarens närmiljö och till ett förespråkande av institutionsvård (Ds S 1984:11). Från samhällets sida markeras således även efter socialtjänstlagens tillkomst att för vissa grupper av missbrukare måste undantag göras från frivillig- och öppenvårdsprincipen.

Däremot har det skett en rad andra förändringar i förutsättningarna för den kommunala förvaltningen, i missbruksvårdens innehåll och i myndigheternas och olika intressenters syn på hur problemet ska åtgärdas. En iakttagelse här är att socialtjänstlagen snarare representerar kulmen på en utveckling än etablerandet av en ny diskurs och praktik inom missbruksvården – ett förhållande som hänger ihop med både politisk-ideologiska förändringar och förändrade förutsättningar för finansiering av offentliga tjänster.

2.5.1 Från en socialtjänst för alla till den avvikande missbrukarens återkomst – missbruksvården under 1980- och början av 1990-talet

Socialtjänstlagens införande sammanföll i stort med att "vänstervågen" i samhällsdebatten mattades – och med det också synen på en radikal missbruksvård som en del i en större samhällsförändrande process. Vad som blev kvar var en missbruksvård med behandlingsprincipen som ledstjärna, men fortfarande utan en specifik professionellt utvecklad metodarsenal till sitt förfogande. Detta "professionella fält utan professionella" (Bergmark och Oscarsson 1990), tillsammans med kommunaliseringen och därmed också decentraliseringen av missbruksvården, statsbidragets utformning och ytterligare faktorer såsom narkotikamissbrukets etablering som ett av samhällets åtminstone retoriskt största pro-

blem, ledde under 1980-talet till en expanderade institutionsvård med ett mycket differentierat behandlingsinnehåll. De radikala samhällskrafternas tillbakagång innebar också en försvagning av den symptomteoretiska synen på missbruket, samtidigt som Minnesota-modellens spridning inom svensk alkoholvård under senare delen av 1980-talet innebar en kraftfull etablering av sjukdomssynen inom framför allt den institutionella missbruksvården, men också som centralt tema i en vidare missbruksdiskurs – en förändring som består än i dag.

Minnesota-modellen med sin grund i AA-rörelsens syn på alkoholmissbrukaren som en person som till skillnad från andra inte kan dricka alkohol på ett kontrollerat sätt, och alkoholmissbruket som en kronisk, progredierande, men behandlingsbar sjukdom, låg rätt i tiden såväl professionellt och politiskt-ideologiskt som socio-kulturellt i en vidare bemärkelse. Professionellt på det sätt att synen på missbruket som en sjukdom och missbrukare som en person som inte är som andra när det kommer till alkoholkonsumtion sammanföll med en bio-medicinsk och psykologisk forskning kring missbrukets natur och missbrukarens personlighet som visade på att alkoholmissbrukare uppvisade såväl bio-kemiska som beteendemässiga olikheter jämfört med ickemissbrukare.

Också politiskt-ideologiskt passade Minnesota-modellen väl in i tidsandan. Under 1980-talets ekonomiska högkonjunktur ersattes det sena 1960- och 1970-talets mer radikala eller reformistiska samhällsdebatt och klimat, som bland annat kom till uttryck i socialtjänstlagen, av nyliberala tankegångar som från det privata näringslivet fördes över till den offentliga sektorn. Det offentliga monopolet på olika välfärdstjänster började ifrågasättas utifrån argument som valfrihet för medborgarna och ett effektivt användande av skattemedel genom konkurrens mellan olika tjänsteproducenter. Genom att introduceras på privat initiativ, med sin för svensk institutionell missbruksvård sensationellt korta vårdtid på fyra till fem veckor, enligt introduktörerna själva dokumenterat positiva behandlingsresultat, och aktiebolag som en av flera former för driften, var Minnesota-modellen närmast ett mönsterexempel på en ”missbruksvård i tiden”.

De nyliberala tankegångarna inom ekonomi och politik tillsammans med den ekonomiska högkonjunkturen påverkade också samhällsklimatet i bredare bemärkelse. Individuell frihet att förverkliga ambitionerna med sitt liv fick ett värde i sig (”självförverkligande”), där statliga och kommunala monopol och andra regleringar upp-

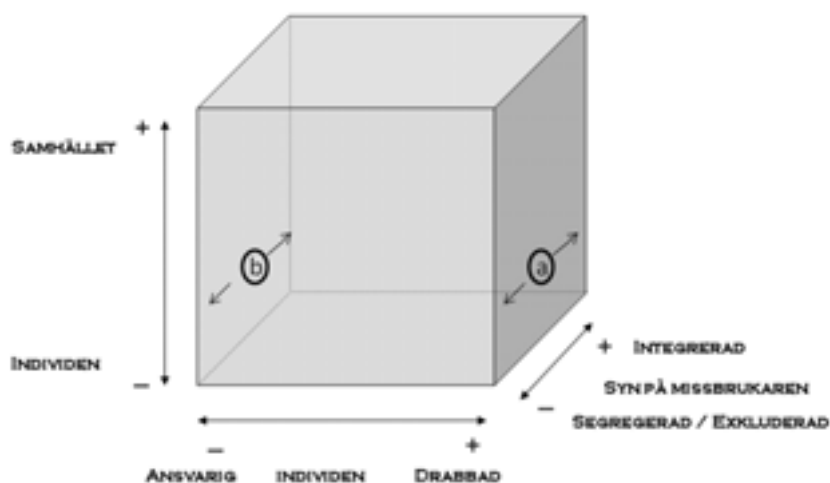
fattades som inskränkningar i denna frihet. Staten skulle svara för vissa grundläggande samhällliga funktioner såsom polis, rättsväsende och försvar (Rothstein, 1994), men i övrigt var det en öppen fråga hur olika funktioner i samhället såsom skola, barnomsorg och sjukvård skulle förvaltas. Att tjänster som dessa i huvudsak skulle vara skattefinansierade ifrågasattes dock inte i någon större utsträckning. Om Minnesota-modellen kan ses som ett politiskt-ideologiskt mönsterexempel på missbruksvården under slutet av 1980-talet, så kan socialdemokraternas valaffisch inför riksdagsvalet 1985 med en ung välklädd ”yuppie” i en öppen sportbil som säger ”Jag röstar på socialdemokraterna – för jag vill ha ordning på Sveriges ekonomi”, ses som sinnebilden för 1980-talets samhällsklimat med jagförverkligandet i centrum och statens uppgift reducerad till att leverera en stabil grund för detta privata projekt. Och parad med denna syn på värdet av individuell frihet finns också en syn på individens eget ansvar för sitt liv när det gäller t.ex. ekonomi, utbildning, och hälsa – inklusive alkoholkonsumtion.

De nyliberala strömningarna och regeringsskiftet 1991, som innebar en borgerlig regering som lyfte fram statlig och kommunal avreglering och införandet av ett konkurrens- och marknadstänkande också inom offentlig verksamhet som eftersträvade förändringar, ledde fram till nya förutsättningar för kommunal verksamhet som kan sammanfattas i begreppen *decentralisering*, *marknadisering* och *differentiering* (SOU 1996:169). Genom kommunernas övertagande av ansvaret för institutionsvården i och med socialtjänstlagen, genom lagstiftningens öppenhet för olika typer av insatser, och genom att vara ett professionellt fält utan en profession som kunde demarkera var gränserna för vad som kan inrymmas i begreppet ”vård och behandling” går, kännetecknades missbruksvården redan under 1980-talet av decentralisering och differentiering; och nu blev den liksom annan kommunal verksamhet också föremål för marknadisering – och under första hälften av 1990-talet också en *ekonomisering* till följd av den stats- och kommunalekonomiska krisen.

Utveckling under senare hälften av 1980- och början av 1990-talet leder till en karaktärisering av missbruksproblemet (figur 9) där individen åter blir bärare av en medicinsk eller social avvikelse, förklarad av bio-medicinska mekanismer eller oförmåga att hantera ”den ny(liberal)a friheten”, och med självförverkligandet som både medel och mål. Förekomsten av såväl ett medicinskt

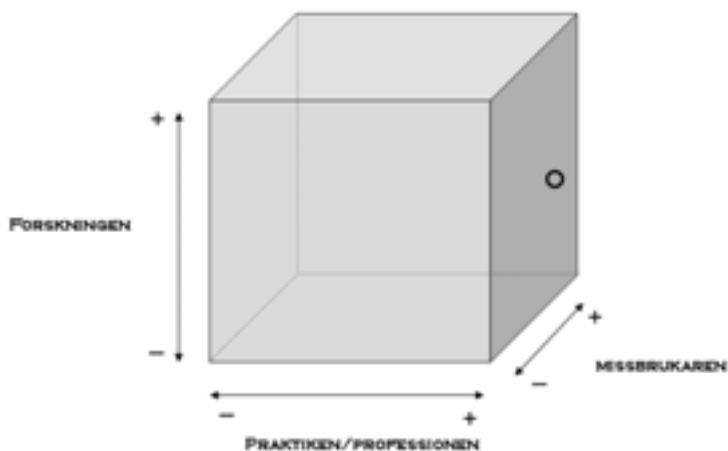
naturvetenskapligt som ett filosofiskt-ideologiskt nyliberalt perspektiv på missbrukets natur innebär att individen, beroende på perspektiv, alltmer börjar ses som antingen drabbad genom att vara bärare av någon form av patologi (a), eller själv ansvarig för sitt misslyckade livsprojekt (b). Och beroende på hur han eller hon hanterar sitt sjukdomstillstånd eller sin misslyckade sociala position så finns möjlighet till såväl social integrering som exkludering – det förra som ”lyckad patient” och det senare som själv ansvarig för sitt liv.

Figur 9 Det problemkaraktäriserande rummet perioden 1982 – cirka 1995



Problemlösningens ansvar (figur 10 nästa sida) ligger också på missbrukaren, liksom på andra individer med problem, och på den av skattemedel finansierade marknaden av vårdtjänster som nu utgör praktiken och som ersatt staten och till stor del också kommunerna som vårdgivare. Men också (den bio-medicinska) forskningen träder fram som en bidragsgivare i sökandet efter olika svar på problemet.

Figur 10 Det problemlösningansvariga rummet perioden 1982 – cirka 1995



Sammanfattningsvis så utvecklas under perioden fram till och med första hälften av 1990-talet en missbruksvård som karakteriseras av ett nyliberalt kvasimarknads- och reifieringsperspektiv (individerna och mänskliga relationer förtingligas), där olika producenter erbjuder ett utbud av vårdprodukter till missbrukare med olika behov – ”kvasi-” då någon annan än missbrukaren själv (annat än via skatten) betalar vården, nämligen fortfarande det offentliga.

2.5.2 Missbruksvården i början av det tjugoförsta århundradet – effektstudier och evidensbaserad praktik...

Situationen mot slutet av innevarande decennium kan ses som en fortsättning på den utveckling som skedde under senare delen av 1980- och första hälften av 1990-talet – med ett undantag där det skett en radikal förändring. Synen på missbruket som en sjukdom och en individuell avvikelse har förstärkts genom en fortsatt biomedicinsk och psykiatrisk forskning kring missbrukets orsaker och konsekvenser och genom introducerandet av flera nya farmakologiska behandlingsmetoder inom missbruksvården – ett perspektiv som understöds av en samhällsutveckling som sätter individen och

det individuella i centrum såväl privat som offentligt. En långt gången managementkultur i nyliberal anda har också fått fullt genomslag inom offentlig förvaltning med avskaffandet av styrelserna i olika statliga myndigheter som ett av de tydligaste exemplen. Vi kan också se en allt bredare acceptans av privata alternativ inom vården, som dock i huvudsak fortfarande är offentligt finansierad.

Den radikala förändring som skett under det senaste decenniet är kravet på att missbruksvårdens insatser ska kunna uppvisa dokumenterade behandlingseffekter och kopplingen av detta till så kallad evidensbaserad praktik (Wigzell 1999; Socialstyrelsen 2000; SOU 2008:18). Det på Socialdepartementets initiativ 1993 med koppling till Socialstyrelsen bildade Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) med SBU, Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, som förebild, och CUS ombildning och breddning 2004 till Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS), är ett tydligt statligt initiativ för att stödja och skynda på en sådan utveckling. Med kravet på dokumenterade behandlingseffekter har också kravet på effektstudier inom vården ökat, och då framför allt så kallade randomiserade kontrollerade studier där klienterna slumpas till två olika grupper varav bara den ena får del av den insats vars effekt man vill pröva; likaså efterfrågas sammanställningar av sådan forskning. SBU publicerade 2001 (SBU 2001) en kunskaps-sammanställning i form av en så kallad metaanalys av behandlingseffekter vid alkohol- och narkotikamissbruk; och 2007 publicerade Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2007) för första gången nationella riktlinjer för behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare, gemensamma för socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Evidensdiskussionen och de nationella riktlinjerna har inneburit ett förstärkt fokus på framför allt farmakologiska och psykologiska behandlingsmetoder riktade mot individer med diagnosticerat missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika; och har också på det sättet förstärkt bilden av missbruket som en individuell (patologisk) avvikelse.

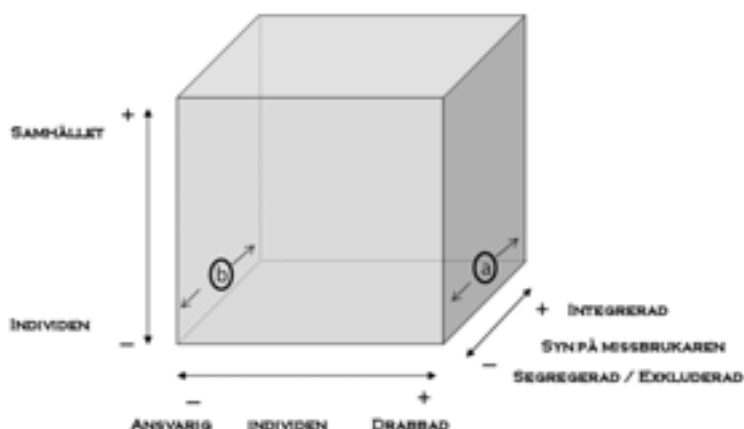
Under senare år har regeringen också genomfört en rad satsningar med hjälp av stimulans- och utvecklingsmedel riktade till kommunerna för att understödja utvecklingen av en effektivare missbruksvård. Exempel på sådana satsningar är *Vårdkedjeprojektet* som pågick 2004 till 2006, *Ett kontrakt för livet* 2005–2007, och *Vårdöverenskommelsen* 2006–2007. För närvarande (hösten 2009) pågår flera satsningar kopplade till bl.a. de nationella riktlinjerna

och till förslagen i SOU 2008:18 – allt i syfte att stimulera utvecklingen av en så kallad evidensbaserad missbruksvård.

För missbruksvårdens praktik har kravet på evidensbaserad insatserna via effektstudier inneburit ett brott i det ”fria marknadstänkande” som kännetecknat 1980- och 1990-talen. Istället har de metoder och tjänster som marknaden erbjuder ifrågasatts sett till behandlingseffekter och evidensbaserad. Men vi saknar jämförbara studier på nationell nivå för att kunna se till den faktiska utvecklingen under de senaste tio åren. Utifrån tillgängliga data (se t.ex. Socialstyrelsen 2005; Socialstyrelsen 2008) är det samlade intrycket dock att genomslaget för metoder med stöd i effektstudier än så länge är måttligt.

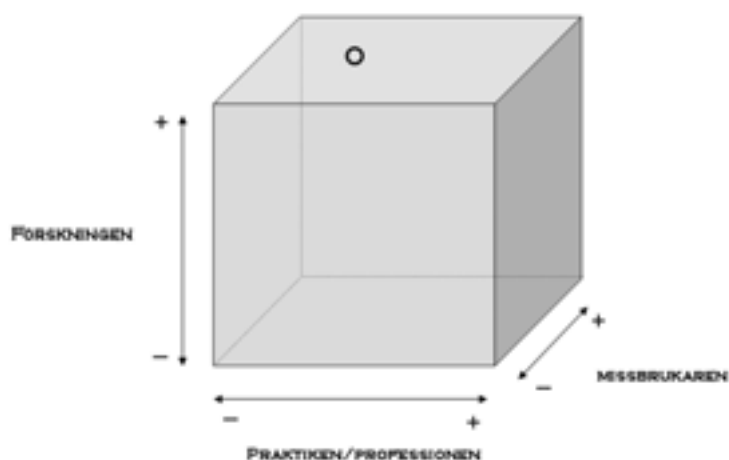
Sett till problemkarakteriseringen (figur 11), och jämfört med senare hälften av 1980- och början av 1990-talet, så har individperspektivet accentuerats ytterligare genom såväl en alltmer framträdande bio-medicinsk förståelse av missbrukets natur, som en fortsatt nyliberal betoning på individens eget ansvar för sitt liv. Därav följer också en fortsatt tudelning av synen på missbrukaren som antingen drabbad (a) eller ansvarig (b) för sitt missbruk – och med åtföljande möjligheter till social integrering eller segregering beroende på hur man förvaltar sin position som antingen ”sjuk” eller som individ med eget ansvar.

Figur 11 Det problemkarakteriserande rummet slutet av 2010-talet



Om problemkaraktiseringen mot slutet av 2010-talet är en fortsättning på en utveckling som startade under senare hälften av 1980-talet, så har det skett en tydlig förändring i synen på problemlösning(-ar) (figur 12). Missbrukaren har fortfarande ett ansvar att åtgärda sin situation såsom antingen behandlingssökande patient eller ansvarstagande samhällsmedborgare. Tilliten till en praktik som kan förse vårdmarknaden med ett utbud av effektiva behandlingsinsatser har däremot kraftigt försvagats på grund av knappheten på evidensbaserade metoder. Istället har (den kliniska effekt-) forskningens ställning stärks genom sin antagna kompetens att utveckla och peka ut ”evidensbaserade metoder”.

Figur 12 Det problemlösningsansvariga rummet slutet av 2010-talet



Sammanfattningsvis så befinner sig missbruksvården i dag i ett initialt transformationsskede som syftar till en radikal förändring av dess karaktär – från ett konkurrensbaserat mer eller mindre fritt marknadstänkande till ett expertkontrollerat och forskningsstyrkt professionellt fält (jämför den tidigare karakteriseringen av svensk missbruksvård som ”ett professionellt fält utan professionella”).

2.5.3 ...och det närmaste årtiondet?

Om vi sett till utvecklingen under efterkrigstiden tolkar socialtjänstlagen som ”ett barn av sin tid”, som ett uttryck för en radikal samhällskritik till vänster om socialdemokratien i tid begränsad till en femtonårsperiod från slutet av 1960-talet till början av 1980-talet, så kan vi med början i 1946 års Alkoholistsvårdsutredning se en utveckling över tid mot en alltmer etablerad syn på missbruket och missbrukaren som en social och medicinsk individuell avvikelse. Alkoholistsvårdsutredningen innebar en förskjutning i synen på missbrukaren från en moraliskt förkastlig individ till en utsatt för någon form av patologisk störning. 1964 års Nykterhetsvårdsundersökning inkluderade vid sidan av sociala, samhälleliga orsaker bakom missbruket, också ett medicinskt perspektiv, och sjukpenningssystemet 1974 och de ändrade reglerna för förtidspensionering 1977 innebar att staten inom ramen för socialförsäkrings-systemet erkände alkoholmissbruk som en sjukdom – ett synsätt som blev alltmer spritt inom såväl vårdapparaten som delar av samhället i övrigt i och med Minnesotamodellens genomslag i Sverige under senare hälften av 1980-talet. Minnesotamodellens i grunden lekmanbaserade förståelse av missbruksproblemet som en individuell ”sjukdom” har kompletterats och förstärkts av de senaste decenniernas utveckling inom bio-medicinen och psykiatrin, som inom sitt naturvetenskapliga paradig bekräftar missbruket som en individuell patologisk avvikelse möjlig att fastställa med hjälp av etablerade diagnostiska kriterier – något som också det senaste decenniets diskussion kring begreppet evidensbaserade metoder bidragit till.

Vad ska vi då tro om utveckling under de kommande tio åren i ljuset av den bredare samhällsutvecklingen? Vi har tidigare beskrivit hur ett reformistiskt socialdemokratiskt perspektiv på samhällsutvecklingen från och med senare hälften av 1980-talet alltmer ersatts av nyliberala tankegångar som utgår från såväl individens frihet att själv forma sitt liv som att också ta ansvar för konsekvenserna av sina val. Vi kan se detta på snart sagt alla samhällsområden – från avskaffandet av de kommunala bostadsförmedlingar som länk mellan den bostadssökande och fastighetsmarknaden, till införandet av en premiepensionsdel i det allmänna pensionssystemet vars placering på marknaden individen förväntas själv ta ansvar för.

Om fokuseringen på individen är ett centralt karakteristika för politiken och samhällsutvecklingen under de senaste decennierna så

är internationaliseringen ett annat. Om orsakerna till den ekonomiska krisen under 1990-talet delvis kan förläggas till den svenska politiken, finans- och arbetsmarknaden så är alla bedömare överens om att orsakerna till den nuvarande krisen finns utanför Sveriges gränser. Samtidigt har både 1990-talskrisen och den nuvarande visat att den nationella politikens möjligheter att skapa trygghet och stabilitet för samhällsmedborgarna, oavsett deras socio-ekonomiska status, är starkt begränsad i en tid då snart sagt alla delar av samhällslivet, och därmed också det privata individuella livet, är beroende av framför allt politiska och ekonomiska förändringar i ett globalt perspektiv.

Sociologer som Beck och Giddens (Beck et al 1994; Giddens 1991) beskriver det "posttraditionella" samhället som en livsvärld där industrisamhällets krav på självdisciplin och konformitet å ena sidan ersatts av inte bara individens möjligheter till utan också krav på att själv utveckla och ta ansvar för sitt livsprojekt; och å den andra en politisk-ekonomisk och social problematisering av denna frihet om yttringarna av den hotar breda och inflytelserika grupper och intressen. Också här avkrävs individen således självdisciplin för "det allmännas bästa". Det posttraditionella samhället har samtidigt inneburit en losskoppling av generationer och av traditionella socio-ekonomiskt och socio-kulturellt signifikanta grupper från varandra och från en primär- eller lokalgruppsgemenskap – en utveckling som började redan i och med industrialismen och landsbygdsbefolkningens inflytning till städerna. I och med socialdemokratiens position som statsbärande parti och den svenska modellens ambition att via en stark stat "lägga livet till rätta" (Hirdman 2000) i form av t.ex. offentlig barn- och äldreomsorg, skapades en vidgad privatsfär och ett handlingsutrymme för många medborgare utan traditionellt moraliskt eller praktiskt givna uppgifter. Också en nyliberal samhällsvision utgår ifrån en individ befriad från av traditionen determinerade val och livsprojekt. Den livsvärld som konstitueras av det posttraditionella samhället är på det sättet ett faktum oberoende av om vi ser det i ljuset av ett socialdemokratiskt, reformistiskt samhällsprojekt eller ett nyliberalt.

Det postindustriella samhället har således medfört ett gradvist upplösande eller försvagande av de traditionella källorna för såväl moraliska som kulturella och politiska samhälleliga värden; tidigare kyrkan och familjen, och under mellankrigsåren och fram till 1960-talet i stor utsträckning arbetarrörelsen med den skötsamme och (fort-)bildade industriarbetaren som individuella förebilder; och

med en för det gemensammas bästa också ansvarstagande industriägargrupp inom ramen för Saltsjöbadsavtalet som bas för en reformistisk samhällsutveckling.

Genom frikopplingen av regleringen av våra individuella handlingar och livsprojekt från "traditionella värden", och därmed också från beroendet av och lojalitet med klassrelaterade eller lokala sociala strukturer, uppstår ett behov för samhället att på annat sätt reglera handlingar och beteenden som ses som hot mot det allmännas bäst; och det oberoende av om detta bästa har, med Tönnies begrepp, "gemeinschaft" eller "gesellschaft" (se Asplund 1991) som samhällsideal; eller annorlunda uttryckt, kan kopplas till den socialdemokratiska svenska modellen eller till ett nyliberalt marknadssamhälle. Definierandet av vad som är normalt eller icke normalt när det gäller t.ex. alkoholkonsumtion, och ansvaret för att agera i det senare fallet, flyttas från primärgruppen och lokalsamhället till professioner och offentliganställda såsom läkare, psykologer och socialarbetare – ett val som i Sverige politiskt kan ledas tillbaka till socialdemokratin och den sociala ingenjörskonsten. Och dessa professioners bedömningar och agerande utgår inte från lokala, kollektivt delade ritualer med tillhörande traditionella norm- och värdesystem, utan bygger på vetenskaplig kunskap och en rationalitet uttryckt i nationslösa diagnos- och klassifikationssystem såsom DSM och ICD (jfr Bergmark & Oscarsson 2000b).

Den analys av några av villkoren för och yttringarna av det posttraditionella samhället som skisserats ovan innebär, om vi blickar ett tiotal år framåt i tiden, att politikens möjligheter att bygga, och medborgarnas tilltro till, ett kooperativt samhällsprojekt, där staten står som garant "för det allmännas bästa" oavsett individens bakgrund och socio-ekonomisk status, har ersatts av ett nyliberalt samhällsbygge där individer inom ramen för en ökad valfrihet själv tar ett allt större ansvar för och konkurrerar om grundläggande sociala och ekonomiska resurser på olika former av marknader eller kvasimarknader (Oscarsson 2001) – en utveckling som i grunden är oberoende av om det sett till dagens politiska landskap är en borgerlig allians eller ett rödgrönt alternativ som är i majoritet.

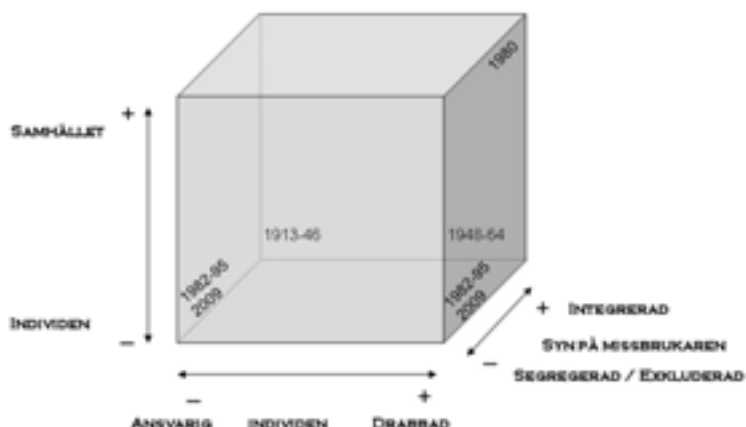
I en samhällsutveckling som kännetecknas av individens eget ansvar för såväl framgångar som misslyckanden i livet, inklusive ansvaret för den egna hälsan, där politiken inte längre har vare sig ekonomin eller den legitimitet som krävs för att i den starka statens namn ta ansvaret för medborgarnas väl och ve på livets alla områ-

den, och där såväl definitionen som åtgärdandet av vad som anses som "avvikande" överlämnats till på vetenskaplig grund agerande människovårdande professioner (jfr Haselfeldt 1983), så är den troliga utvecklingen när det gäller samhällets syn på missbrukets karaktär och på problemets handhavande en fortsättning på den utveckling som började med 1946 års Alkoholistsvårdsutredning och dess syn på missbruket och missbrukaren som en, förutom social, också medicinsk individuell avvikelse; en utveckling som, paratetiskt ifrågasatt under 1960- och 1970-talet vänsterrörelse, i dag bärs fram av en bio-medicinskt grundad psykiatrisk förståelse av (gravt) missbruk som ett "beroendetillstånd" – och understött av kravet på behandlingsmetoder vars effekter bevisats i experimentella metoder hämtade från en naturvetenskaplig forsknings-tradition.

2.6 Sammanfattande bild av utvecklingen

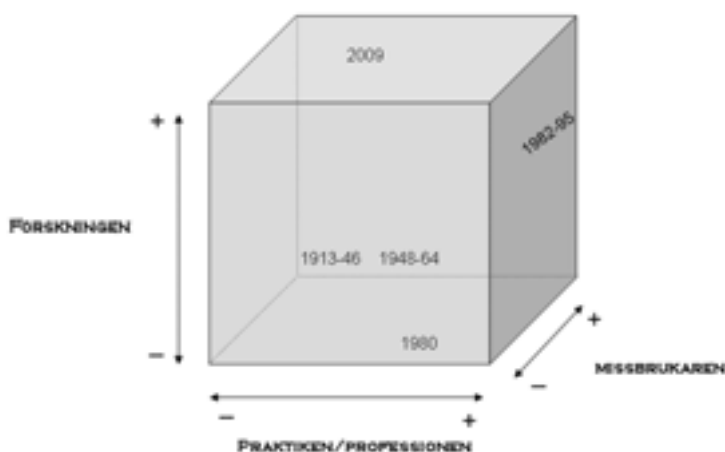
Om vi försöker sammanfatta utvecklingen från tiden för Alkoholistlagens tillkomst 1913 fram till i dag när det gäller synen på missbruket och missbrukaren (figur 13 nästa sida) så har den gått från ett moraliskt förklarad individperspektiv, över ett ospecificerat medicinskt sådant, till ett individperspektiv förankrat i såväl, eller antingen eller, en medicinsk alternativt politisk-ideologisk syn på individens utsatthet och handlingsfrihet. Det offentliga har under hela tidsperioden haft en inkluderande syn på missbrukaren i förhållande till samhällsgemenskapen – ett förhållningssätt som under de senaste decennierna dock blivit mindre stipulativ med hänvisning till individens frihet och egna ansvar för sina handlingar och livsval. Det som bryter utvecklingsmönstret är den utveckling som började i mitten av 1960-talet, som kulminerade i och med socialtjänstlagens tillkomst 1980, och som innebar att missbruket sågs som symptom på strukturella problem på samhällsnivå – en "avvikelse" som syns tydligt i figur 13 på nästa sida.

Figur 13 Det problemkaraktiserande rummet utvecklingen 1913–2009



Om vi istället går till hur samhället sett på och hanterat problemet på individnivå (se figur 14 nästa sida) kan vi se en utveckling från en lekmannastyrd på arbete, moralisk och social fostran baserad missbruksvård, över 1970- och 1980-talets professionalisering och marknadsiering i form av ett brett utbud av (psyko-) terapier, till dagens forsknings- och expertbaserade ambitioner att utveckla och implementering en evidensbaserad missbruksvård. Missbrukaren eller individen har under hela perioden, med ett undantag, tillskrivits ett eget ansvar att antingen såsom i behov av moralisk och social fostran underkasta sig samhällets (tvångs-)åtgärder, eller att som patient eller klient söka samhällets hjälp för sina behov av behandling och andra insatser. Undantaget är också perioden från mitten 1960-talet till cirka 1980 då missbrukaren sågs som ett offer för, eller drabbad av strukturella samhällsproblem; och det var missbruksvårdens ansvar att hjälpa missbrukaren och att göra denne delaktig i ett gemensamt förändringsarbete.

Figur 14 Det problemlösningsansvariga rummet utvecklingen 1913–2009



Två genomgående teman under hela perioden är relationen mellan dels synen på missbruket som ett i huvudsak medicinskt eller socialt problem sett till orsakerna och yttringarna, dels samhällets insatser som grundade på arbete och fostran eller på behandling; teman som glider in i varandra och ibland kompletterar, ibland befinner sig i konflikt med varandra. Så ökade under efterkrigstiden efterfrågan på medicinsk medverkan också i den på arbetsdrift baserade institutionsvården, och i såväl 1960- och 1970-talets miljöterapi som dagens evidensbaserade metoder för tyngre missbrukare, t.ex. Community Reinforcement Approach (CRA), utgör arbete ett centralt inslag i behandlingen. Och samtidigt som arbetsförmåga på grund av missbruk berättigar till sjukpenning sedan 1974 konstaterar Socialstyrelsen mer än trettio år senare i sina riktlinjer för missbruksvården (Socialstyrelsen 2007) att det saknas underlag för att ta ställning till frågan om missbrukets karaktär av sjukdom – ett av de kanske tydligaste exemplen på det svenska samhällets kluvna och motsägelsefulla syn på missbrukets natur.

2.7 En avslutande kommentar

Det socialkonstruktivistiska perspektivet har dominerat samhällsvetenskapliga analyser av bland annat sociala och medicinska problem under en lång rad av år. Perspektivet innebär att vi söker efter de sociala, samhälliga processer som leder till att vissa förhållanden eller fenomen uppfattas som ett visst slags problem, t.ex. ett medicinskt eller socialt, och till av vi väljer vissa sätt att bemöta problemet – t.ex. via arbete och moraliskt påverkan eller farmakologisk behandling. Etablerandet av ett fenomen som ett socialt *eller* medicinskt problem, sker i en process där olika individer och grupper i ett samhälle ger mening och betydelse åt olika fenomen och där, beroende på maktförhållanden, rådande uppfattningar om människan, samhället och olika delar av det sociala livet, vissa fenomen *tillskrivs* karaktären av t.ex. socialt eller medicinskt problem (Bergmark & Oscarsson 2000).

Att missbruk under tidigare århundraden setts som ett tecken på synd, lättja eller bristande moral kopplas till att inte bara mänskliga handlingar utan samhället i stort tolkades utifrån en religiös förståelse av världen – att vissa mänskliga handlingar och positioner ledde till att en individ betraktades som en ”usel syndare” och till att andra var ”konung av guds nåde”. På motsvarande sätt kan dagens syn på missbruket och missbrukaren som ett resultat av någon form av patologi, psykologisk eller medicinsk, kopplas till det posttraditionella samhällets avtraditionalisering när det gäller förståelsen och reglering av vardagliga mänskliga handlingar, inklusive missbruk, och överlämnandet av ”avvikande beteenden” till i förhållande till individen eller medborgaren anonyma professioner som agerar på vetenskaplig istället för traditionell grund. Ett sådant individualiserat, bio-medicinskt perspektiv på vad som av majoritetssamhället eller inflytelserika grupper i samhället uppfattas som avvikande beteenden, förstärks ytterligare av ett nyliberal samhällsprojekt med en på olika ”marknader” i olika livs- och samhällssfärer fritt och under eget ansvar agerande individ som ideal.

Och på samma sätt som missbruksvårdens form och innehåll under Alkoholistlagens tid kan ses i ljuset av dåtidens moraliskt baserade syn på den rättskaffens medborgarens skyldighet att försörja sig själv och sina närstående, kan 1960- och 1970-talet miljöterapi och Hasselapedagogik båda ses som reaktioner på den dåtida samhällsutvecklingen; miljöterapi mot bland annat vad man uppfattade som ett traditionellt auktoritärt och kärnfamiljbaserat sam-

hällsideal; och Hasselapedagogiken mot vad som sågs som ett kapitalistiskt samhälle byggt på en (ohelig) allians mellan en förborgligad socialdemokrati och kapitalägarna (Oscarsson 2000).

Synen på missbruket liksom missbruksvårdens form och innehåll är således här en spegel av rådande och förändrade strukturer och uppfattning i samhället. Och under den aktuella tidsperioden så har synen på missbruket och på missbruksvården i huvudsak speglat de etablerade strukturerna och uppfattningarna i samhället – med 1960- och 1970-talets miljöterapi och Hasselarörelse som oppositionella undantag.

Referenser och bakgrundslitteratur

- Ambjörnsson, R. (1988) Den skötsamme arbetaren. Idéer och ideal i ett norrländskt sågverkssamhälle 1880–1930. Stockholm: Carlsson.
- Asplund, J (1991) Essä om Gemeinschaft und Gesellschaft. Göteborg: Korpen.
- Beck, U., Giddens, A. & Lash, S. (1994) Reflexive Modernization. Politics, Traditions and Aesthetics in the Modern Social Order. Cambridge: Polity Press.
- Becker, H. S. (1963) Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance. New York: The Free Press.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1991) The Social Construction of Reality. London: Penguin.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1987) Bergmark, A. & Oscarsson, L.: The Concept of Control and Alcoholism. British Journal of Addiction, 11, 1203–1212.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1990) Vad får det kosta att bota missbrukare? En text kring etik och missbrukarvård inom Socialtjänsten. I Pettersson, U. (red.). Etik och socialt arbete. Stockholm: Skeab and Socialstyrelsen.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1994a) Från producenternas paradis till marknadens retorik – den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1980- och 90-talet. I Pettersson, U. (red.) Socialtjänstens klientarbete – från vision till marknad? Lund: Studentlitteratur.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1994b) Swedish Alcohol Treatment in Transition? Nordic Alcohol Studies, 11, 43–54.

- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1998) Hur styrs missbrukarvården? Om utvecklingen under 1990-talet, *Socionomen*, 4, 47–53.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (2000) Sociala problem. I Meeuwse, A., Sunesson, S. & Swärd, H. (red) *Socialt arbete. En grundbok*, Stockholm, Natur och Kultur.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (2000b) Vilket är problemet? Perspektiv på alkoholproblemen karaktär. I Berglund, M., Andreasson, S., Bergmark, A., Blomqvist, J., Lindström, L., Oscarsson, L., Ågren, G. & Öjehagen, A. *Behandling av alkoholproblem – en kunskapsöversikt*, Stockholm: CUS/Liber utbildning.
- Blomqvist, J. (1999) *Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruk*. Vaxholm: Bjurner och Bruno AB.
- Ds S 1984:11 Offensiv narkomanvård II.
- Edman, J. (2004) *Torken. Tvångsvården av alkoholmissbrukare I Sverige 1940–1981*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Giddens, A. (1991) *Modernity and Self-Identity*. Cambridge: Polity Press.
- Goffman, E. (1961) *Asylum*. New York: Double-day.
- Gusfield, J. R. (1963) *Symbolic Crusade: Status, Politics and the American Temperance Movement*. Urbana: University of Illinois Press.
- Cohen, S. (1987) *Folk Devils & Moral Panic – the Creation of Mods and Rockers*. Cambridge & Oxford: Basil Blackwell.
- Hazelfeldt, Y. (1983) *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice & Hall.
- Hirdman, Y. (2000) *Att lägga livet tillrätta*. Stockholm: Carlsson.
- Lag (1913:102) om behandling av alkoholister
- Lindgren, S.-Å. (1993) *Den hotfulla njutningen. Att etablera drogbruk som samhällsproblem 1890–1970*. Stockholm: Stehag.
- Oscarsson, L. (2000) Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet – förutsättningar, utveckling och behov. I *Välfärd, vård och omsorg*, SOU 2000:38, 57–105.
- Oscarsson, L. (2001) Missbrukarvården och samhället – utvecklingen under 90-talet. *Socionomen*, 5, 20–25.
- Rothstein, B. (1992) *Den korporativa staten. Intresseorganisationer och statsförvaltning i svensk politik*. Stockholm: Norstedts.

- Rothstein, B. (1994) Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik. Stockholm: SNS förlag.
- SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning*. SBU-rapport 156/I & 156/II.
- Socialstyrelsen (2000) Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Sos-rapport 2000:12.
- Socialstyrelsen (2005) Insatser och klienter i behandlingsenheter för vuxna alkohol- och drogmissbrukare.
- Socialstyrelsen (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblematik.
- Socialstyrelsen (2008) Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2007.
- SOU (1948:23) Betänkande med förslag till lag om nykterhetsvård m.m.
- SOU (1967:36) Nykterhetsvårdens läge. Del I. Klientel och behandlingsresurser.
- SOU (1974:39) Socialvården. Mål och medel.
- SOU (1977:40) Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. Lagar och motiv.
- SOU (1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget.
- SOU (1996:169) Förnyelse I kommuner och landsting.
- SOU (2008:18) Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukarna.
- Stenius, K. (1999) Privat och offentligt I svensk alkoholistvård. Arbetsfördelning, samverkan och styrning under 1900-talet. Lund: Arkiv förlag.
- Wigzell, K. (1999) Personalen skyddas – inte klienterna. DN Debatt 1999-01-26.

3 Drogutvecklingen i Sverige

Ulf Guttormsson, forskningssekreterare, CAN

Sammanfattning

Även om alkoholkonsumtionen minskat under de senaste åren ligger den fortfarande på en relativt hög nivå jämfört med 1980- och 1990-talen. Enligt totalkonsumtionsmodellen är förändringar i konsumtionens storlek centrala vad det gäller att förutspå problemens omfattning. Eftersom det i dagsläget inte finns något som pekar på att alkoholtillgängligheten kommer att minska, exempelvis genom skattehöjningar eller införselregleringar, är det rimligt att förvänta sig att de höga nivåerna består.

Tecken på ökade alkoholskador finns. Tidigare sjönk den alkoholrelaterade dödligheten men sedan något tiotal år har nedgången upphört och en liten uppgång kan nu skönjas. Den alkoholrelaterade sjukhusvården visar tydliga uppgångar sedan millennieskiftet. Samtidigt utgörs konsumtionen alltmer av svagare alkoholsorter och det finns tecken på att drickandet sker mera utspritt jämfört med tidigare. Detta sätter i sin tur spår i sjuk- och dödlighetsstatistiken, liksom i uppgifter om exempelvis rattonykterhet samt omhändertaganden av berusade.

Narkotikatillgängligheten bedöms i Sverige, utifrån ett fyrtioårsperspektiv, i dag vara hög och det finns inga uppenbara tecken på att tillgängligheten skulle minska inom en snar framtid. Narkotikamarknaden torde i än högre grad påverkas av förhållanden utanför Sveriges gränser, särskilt som den mesta narkotikan importeras. Under 1990-talet ökade inte minst den problematiska narkotikaanvändningen i Sverige. Utvecklingen därefter är ytterst sparsamt undersökt men det finns inga indikatorer som pekar på att någon förbättring skulle ha skett. Utvecklingen av läkemedelsmissbruket är alltför dåligt belyst för att det skall gå att säga något säkert om detta medan dopningsmissbruket förfaller ligga på en relativt låg och stabil nivå, även om en mindre grupp mera frekventa användare nu tycks existera.

3.1 Inledning

Denna text belyser användningen av alkohol och narkotika i Sverige från 1960-talet och framåt, i synnerhet med avseende på mera missbruksorienterad konsumtion. I viss mån förekommer även beskrivningar av utvecklingen för snifnings- och dopningsmedel.

Vad avses med termen missbruk? I dagligt tal åsyftas normalt någon form av droganvändning som leder till negativa konsekvenser för individen, och ofta även för samhället i stort. Ibland inbegrips även konsekvenser för den missbrukande personens omgivning, t.ex. anhörigas oro och utsatthet och därmed sänkta livskvalitet. Den sistnämnda typen av konsekvenser är dåligt belysta och kommer inte att beröras i det följande. Eftersom det även saknas bra och konsistenta mått på olika missbrukargrupperns storlek och utveckling över tid kommer uppgifter som på samhällsnivå indirekt speglar missbruksutvecklingen att användas.

Om inte annat sägs har indikatorer på missbruksutvecklingen hämtats ur Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings årliga publikation *Drogutvecklingen i Sverige* (CAN 2009). Från denna hämtas även uppgifter om försäljningsutveckling, liksom data från olika frågeundersökningar om konsumtionsvanor. Efter att konsumtions- respektive skadeutvecklingen beskrivits följer ett avslutande avsnitt om utvecklingen framöver.

3.2 Bakgrund – synen på missbruk

Synen på missbruk förändras över tid. Innan narkotika, snifnings- och dopningsmedel introducerades handlade missbruk främst om alkohol, men sedan förra sekelskiftet delvis också om läkemedel. Under första hälften av 1900-talet torde sinnebilden av en ”missbrukare” ha varit en (äldre) mansperson med rödsprängt ansikte som hankade sig fram på tillfälliga arbeten, möjligen kunde ibland även den morfinberoende läkaren inräknas. Ungdomsgrupper med alternativa livsstilar och droganvändning som en komponent var emellertid ännu inte aktuella.

Flera av de i dag dopnings- och narkotikaklassade ämnena har haft en omfattande användning som läkemedel men har transformerats till att bli (även) illegala substanser. Olsson (1994) påpekar att så länge bruket av sådana medel skedde inom medicinens ram och läkarna kontrollerade förskrivningen så uppfattades ofta inte

ens en konsumtion med uppenbara negativa effekter som missbruk. Först när någon kom över medlen illegalt, och eventuellt använde dem i berusningssyfte, blev konsumenten missbrukare. Enligt samma författare var bruket av centralstimulerande medel (olika amfetaminvarianter) relativt utbrett i bredare folklager under 1940- och 1950-talen (och delvis receptfritt); de svenska användarna kunde räknas i 100 000-tal. Detta bruk stävjades relativt enkelt med information och administrativa åtgärder från myndigheterna, när konsumtionen upplevdes som för omfattande. När vissa subkulturella användargrupper fortsatte att använda de allt hårdare kontrollerade medlen, kom drogkonsumtionen alltmer att betraktas som ett missbruk.

Olsson menar alltså att det inte bara är preparaten och dess konsekvenser som har betydelse för synen på användningen, utan också vilka grupper som använder medlen. När amfetaminpreparaten kom att koncentreras till olika redan befintliga subkulturer som kriminella, prostituerade, mera "asociala" ungdomsgrupper och alkoholister blev såväl missbrukskopplingen som reaktionen starkare. Synen på beroende och missbruk försköts därmed, från att ha betraktats framför allt som ett personligt medicinskt problem till att mera ses som ett samhällsproblem. Det är så vi i dag ser på missbruk av flera olika substanser, inte minst narkotika men även dopningsmedel. De trots allt någorlunda oförargliga ölgubbarna från förr¹ förvandlades under 1960-talet till de mer utmanande "Kenta och Stoffe", vilka använde nya sorters droger och hängde i tunnelbanan och provocerade den arbetande massan².

Även om begreppet tonåring börjat existera redan under 1950-talet³ var det snarare på 1960-talet som dessa började exponera sig som en tydligare grupp. Det var då inte längre givet att man skulle gå direkt från barn- till vuxenstadiet. Nu uppstod möjlighet till en allt längre ungdomstid med längre studiegång och utrymme att

¹ Tänk de bohemiskt utstyrda luffarna vilka förekom i den danska ölproducentens reklamkampanjer, tecknade av Robert Storm Petersen 1943, där replikskiftet går: – Du Perikles – ka Du sige mig – hvornaar smager en Tuborg bedst? – Hvergang!

² "Små knegarna, små knegarna, är lustiga att se" sjunger de i Jarls och Lindqvists dokumentär "Dom kallar oss mods" från 1968, första delen i Mods-triologin. En av de på 1960-talet mera tongivande debattörerna inom narkotikapolitiken blev så pass oroad över den sociala kontaktsmitta som skulle kunna tänkas uppstå runt de dåtida narkomanerna att han i sin skrift *Narkotika och narkomani* föreslog att dessa skulle vistas på någon sorts "knarkö" tills missbruket upphört (Bejerot N, 1969).

³ Knuttar och raggare hade tidigare väckt uppmärksamhet och vuxenvärldens ogillande, och ännu tidigare hade "dansbaneländet" uppmärksammats i samhällsdebatten. Då handlade det dock fortfarande främst om alkoholanvändning bland personer som var mer eller mindre etablerade i arbetslivet.

prova på olika aspekter av livet innan man på allvar etablerade sig i vuxenvärlden⁴. Detta tillstånd, med en allt längre mellanfas med eget boende och självbestämmande innan vuxenlivet börjar på allvar, är i dag det normala. Gruppen unga vuxna är av särskilt intresse, inte minst eftersom olika vanor grundas i ungdomen men också för att detta i synnerhet är en grupp vars levnadsförhållanden påverkas av konjunkturförändringar, något som i sin tur visat sig kunna ha betydelse för olika hälsorelaterade beteenden.

Att synen på missbruk och åtgärderna mot detta förändrats över tid försvårar tolkningen av de missbrukrelaterade indikatorerna. Till exempel har statistiken över omhändertaganden av berusade i offentlig miljö påverkats av detta, liksom en utökad kriminalisering (t.ex. förbudet mot bruk av narkotika) påverkar antalet anmälda brott. Vidare har även vårdinsatser mot missbruk förändrats med åren; i modern tid har det exempelvis skett en övergång från institutionsvård till öppenvård, med minskat inslag av tvång, vilket i sin tur gör behandlingsstatistiken svårtolkad över en längre tidsrymd.

Dessutom är gränserna mellan beroende, missbruk, riskabel eller problematisk konsumtion av alkohol och andra droger flytande och ibland svåra att precisera. Detta leder till definitionsproblem och flera olika mått förekommer således vid beskrivningar av problematisk droganvändning. När det gäller användning av droger som narkotika, snifnings- eller dopningspreparat, är det förvisso relativt enkelt att benämna all konsumtion som missbruk, eftersom dessa ämnen kontrolleras av lagstiftning, alternativt har klart avgränsade användningsområden. Samtidigt kan det talas om användning av exempelvis narkotika, för att på så sätt skilja ut dem som konsumerar medlen så pass sällan eller i så små mängder att det är osannolikt att det leder till nämnvärda skador. Benämningen narkotikamissbruk används då alltså snarare med en skadeorienterad innebörd än en rent juridisk, dvs. mer i analogi med alkoholområdet. Så även i denna framställning.

3.3 Konsumtionsutvecklingen

Den individuella alkoholransoneringen via motbok avskaffades 1955. Detta fick till följd att spritförsäljningen ökade, vilket delvis parerades med en åtföljande skattehöjning. Även om en viss

⁴ Den ökande medelåldern bland förstföderskor kan tjäna som en illustration av denna utveckling: i början av 1970-talet låg den enligt SCB på 24 år och 2008 var den 29 år.

liberalisering skedde (starköl tilläts samma år) var den svenska restriktiva alkoholpolitiken alltså i högsta grad aktiv, trots att man fick finna delvis nya sätt att begränsa förbrukningen.

Strategin att dämpa alkoholkonsumtionens storlek för att i sin tur begränsa skadornas omfattning har existerat länge och brukar benämnas totalkonsumtionsmodellen. Enkelt uttryckt säger denna att konsumtionens och skadornas omfattning står i proportion till varandra. Detta har påvisats i flera olika studier, men det står samtidigt klart att även om den totala konsumtionen är en viktig faktor så har också konsumtionsmönstren stor betydelse. Norström och Ramstedt (2005) har visat att alkoholkonsumtionens storlek i ett land samvarierar med den totala dödligheten och att detta samband är starkare i länder med mera berusningsinriktat drickande eller med större inslag av spritkonsumtion.

Faktorer som särskilt visat sig dämpa konsumtionen är relaterade till begränsningar i tillgängligheten, dels den fysiska som i Sverige inskränks via Systembolagets monopol med åldersgränser och begränsat öppethållande men dels genom begränsningar av den ekonomiska tillgängligheten via särskilda punktskatter för alkoholdrycker. Också restaurangernas antal och öppettider är föremål för alkoholpolitiska hänsyn. Statens folkhälsoinstitut (2005) menar att pris och tillgänglighet inte bara är de viktigaste styrinstrumenten för att påverka konsumtionen, utan också för att direkt påverka alkoholskadorna.

I diagram 1 redovisas den registrerade alkoholförsäljningen 1950–2008. I diagrammet ingår alkohol försåld via systembolag, restauranger och livsmedelsaffärer och uttrycks i liter ren (100 procent) alkohol per invånare 15 år och äldre. Som framgår inträffade en 50 procentig ökning av försäljningen mellan slutet av 1950-talet och toppåret 1976. Detta förklaras bl.a. av ett ökat ekonomiskt välstånd – alkohol är delvis en lyxkonsumtionsvara – men även av den tillgänglighetsökning det innebar att mellanöl såldes i livsmedelshandeln mellan hösten 1965 och sommaren 1977.⁵

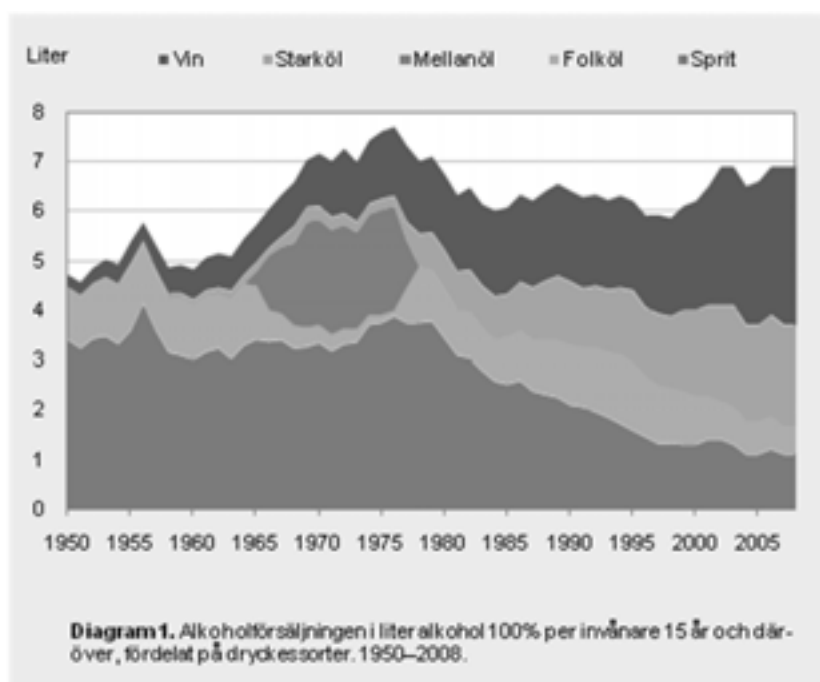
Efter 1976 sjönk försäljningen och låg drygt 20 procent lägre under 1990-talets slut. Alkoholpolitiken under 1970- och 1980-talen var tämligen aktiv med realprisjustering av skattesatser, spola krökenkampanjer, lördagsstängda systembolag⁶ m.m. Redan i slutet av 1950-talet inledde Systembolaget kampanjer för att väcka

⁵ 1 oktober 1965–1 juli 1977. Alkoholstyrkan var 4,5 volymprocent och (den inledningsvis frivilliga) åldergränsen var 18 år.

⁶ Mellan 1982 och 2000.

intresset för vin som ett alkoholsvigare och mera socialt accepterat alternativ till spriten⁷. I vilken mån programmet bidragit till utvecklingen får vara osagt men målsättningen torde numera i vart fall vara uppfylld; Sverige är inte längre det spritland det en gång var utan vin och öl bidrar numera var för sig med högre dryckesandelar än vad spriten gör.

Diagram 1 Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100 procent per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1950–2000



Under 2000-talet har det åter skett en uppgång i försäljningen och 2008 uppgick den till närmare 7 liter ren (100 procent) alkohol per invånare 15 år och äldre. Ett problem med den registrerade försäljningen som mått på konsumtionen är att alkohol ibland anskaffas via källor som inte officiellt registreras. Sedan millennieskiftet skattar SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol-

⁷ "Operation vin" har beskrivits av Jenny Björkman (2004). Författaren menar att syftet var att påverka människor att dricka "rätt och bättre", dvs. att förmå folk att överge den omoderna och ohälsosamma spriten och i stället anamma de högre klassernas alkoholvanor med ett större inslag av vin.

och drogforskning) den faktiska konsumtionsvecklingen⁸, samtidigt som vissa äldre data också existerar. Detta ger en uppfattning om den totala konsumtionens utveckling alltsedan sedan försäljningstoppen 1976⁹.

Som framgår av diagram 2 ligger dagens konsumtion på knappt 10 liter ren alkohol per vuxen invånare och detta är en högre nivå jämfört med det justerade värdet för toppåret 1976. Trots att det skett en viss minskning sedan 2004 är dagens konsumtion fortfarande historiskt hög. Merparten av den oregistrerade konsumtionen härrör från den privatinförsel från lågskatteländer (inte minst Tyskland) som möjliggjordes i och med att införselkvoterna successivt sänktes efter EU-inträdet, och i praktiken var helt borttagna 2004.

Utöver möjligheten till privatinförsel av lågbeskattad alkohol har även den fysiska tillgängligheten ökat såväl i form av fortsatt växande restaurangtäthet som utökat öppethållande och utbud på Systembolaget. Ytterligare en faktor som säkert har påverkat utvecklingen är att i reala termer är priset för i synnerhet öl, men också för vin, lägre jämfört med läget för såväl tio som tjugo år sedan. Med beaktande av dagens relativt sett goda alkoholtillgänglighet, såväl fysiskt som ekonomiskt, kan det tyckas något paradoxalt att totalkonsumtionen – förvisso historiskt hög – faktiskt sjunkit de fyra senaste åren. Främst är detta ett resultat av att privatinförseln sjunkit.

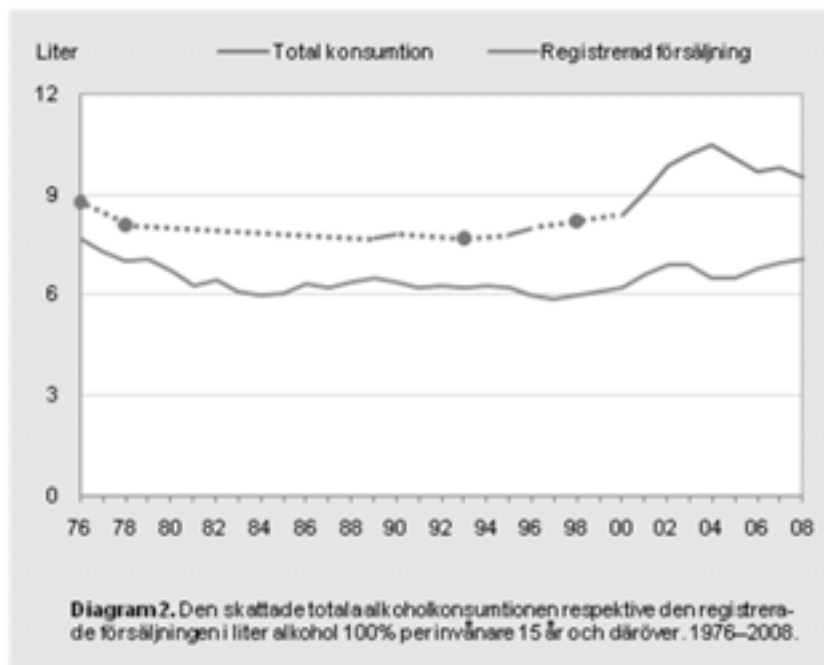
Enligt totalkonsumtionsmodellen ökar alla i grova drag sin konsumtion lika mycket vid en uppgång, relativt sin tidigare konsumtionsvolym, och vid konsumtionsuppgångar skulle därmed detta innebära att ytterligare ett antal personer hamnar i gruppen där konsumtionen är av skadlig omfattning. Så mekanistiskt måste man dock inte betrakta modellen över en längre tidsrymd. Samtidigt som dagens konsumtionsnivå är hög är den också mera utspädd jämfört med 1970-talet; vi inte bara dricker svagare sorter (endast 22 procent av konsumtionen härrör numer från sprit även när man räknar med oregistrerade källor) – de tidigare lågkonsumerande kvinnorna står för en ökande andel av förbrukningen och

⁸ Genom att relatera information från månatliga intervjuundersökningar om anskaffningssätt till den kända försäljningen skattas den faktiska konsumtionen. Alternativa källor som undersöks i Monitorundersökningen är hemtillverkad, smugglad, internetbeställd samt privatinförd alkohol (se Boman et al 2007). Försäljningsdata i diagram 2 kommer från SoRAD och kan skilja sig något från Folkhälsoinstitutets data.

⁹ De äldsta uppskattningarna är av mer osäker natur (och existerar bara punktvis) men har bedömts kunna ge en relativt god bild av utvecklingen (SOU 2004:86).

det finns tecken på att vi spridit ut drickandet något under veckan, exempelvis i samband med måltider eller i ”after work”-sammanhang.

Diagram 2 Den skattade totala alkoholkonsumtionen respektive den registrerade försäljningen i liter alkohol 100 procent per invånare 15 år och däröver 1976–2008



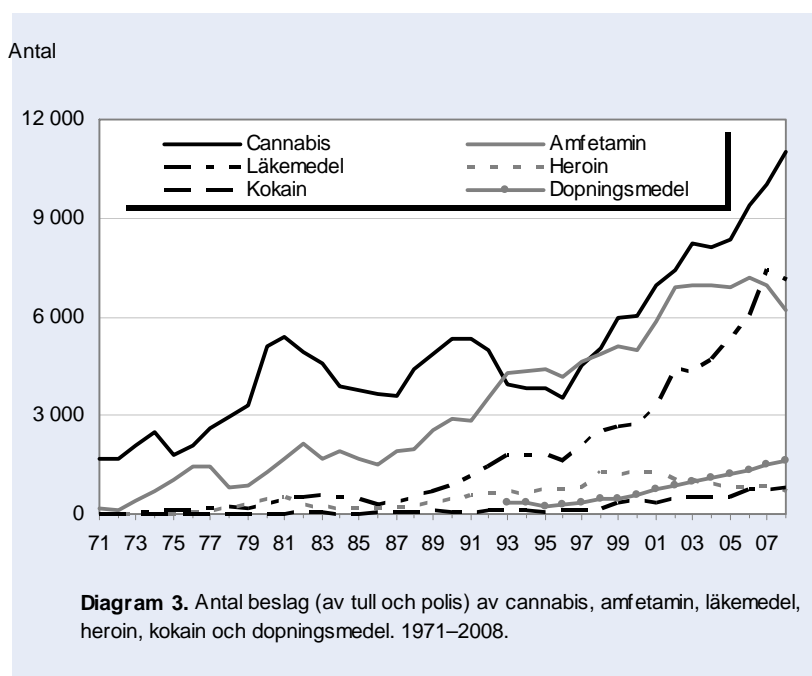
Sådana förändringar kan vara viktiga att ta hänsyn till när man utifrån totalkonsumtionsmodellen bedömer skadeutvecklingen utifrån konsumtionsförändringar. Är det då så att vi dricker mera utspritt och mindre berusningsorienterat? Detta är inte klarlagt och det finns tecken på att den s.k. intensivkonsumtionen ökat, dessvärre är utvecklingen av dryckesmönstren relativt bristfälligt följd. Detta berörs i nästkommande avsnitt.

Inte bara alkoholkonsumtionen steg under 1960- och 1970-talen. Detta gällde även konsumtionen av narkotikaklassade substanser, delvis för att flera läkemedel blev klassade som narkotika, men inte minst eftersom nya preparat, särskilt cannabis, blev allt vanligare under andra hälften av 1960-talet. Statistik över narkotikakonsumtionen – analogt med alkoholkonsumtionens utveckling – saknas av naturliga skäl. Rättsväsendets narkotikabeslag kan dock ge en viss

uppfattning om vilka preparat som förekommer på marknaden samt i grova drag visa hur detta utvecklats över tid. Självfallet spelar varierande prioriteringar och effektivitet inom rättsväsendet stor roll för beslagsutvecklingen, samtidigt torde inte den beslagtagna andelen av den narkotika som finns på marknaden ha förändrats så pass att inga slutsatser överhuvudtaget kan dras om förändrad förekomst och konsumtion.

I diagram 3 redovisas tullens och polisens antal beslag av sex preparatkategorier från 1971 och framåt. De beslagtagna mängderna följer antalen relativt väl över tid. Statistik över preparat klassade enligt dopningslagen finns sedan dess tillkomst 1993 och med läkemedel avses narkotikaklassade läkemedel avsedda att användas i icke-medicinskt syfte¹⁰.

Diagram 3 Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin, kokain och dopningsmedel. 1971–2008



¹⁰ Enligt Rikspolisstyrelsen handlar det huvudsakligen om sömnmedel eller lugnade medel av bensodiazepintyp men också vissa smärtstillande läkemedel förekommer.

Jämför man 1970-talet med 2000-talet framgår att beslagen är på en betydligt högre nivå i dag. Cannabis och amfetamin förekommer oftast, men även kategorin läkemedel är numera vanlig. Sedan slutet av 1980-talet följs även priserna på detaljstnivå ("gatupriserna") för de vanligaste narkotikasorterna och grovt sett har realpriserna halverats sedan dess, vilket indikerar att de ökande beslagen inte lett till några bestående marknadsunderskott. Dagens narkotika-tillgänglighet är alltså tvärtom hög.

Dopningsbeslagen visar också på en uppgång. Motsvarande ökningsbeslagen visar dock inte att finna i exempelvis frågeundersökningar, kanske för att fenomenet – i likhet med exempelvis kokainmissbruk – är tämligen sällsynt och att förändringar av missbruksmönster därmed blir svåra att spåra via befolkningsundersökningar¹¹. Att dopningsbeslagen ökat kan också delvis förklaras av att rättsväsendet blivit bättre på att göra sådana beslag sedan lagens tillkomst. Antalet personer lagförda för dopningsbrott har ökat jämfört med 1990-talet och legat mellan 200 och 300 alltsedan 2005. Detta motsvarar endast någon procent av narkotikalagföringarna.

Det har under många år talats om ett ökande blandmissbruk, eller multipelberoende, med läkemedel som en komponent. Inte minst därför är det värt att notera att läkemedelsbeslagen ökat kraftigt under 1990-talet och nu ligger på samma nivå som amfetaminbeslagen. Läkemedelsstatistik baserad på apoteksexpediering finns sedan en tid tillbaka men har inte upplevts som meningsfull att redovisa här, eftersom kopplingen till missbruk, exempelvis analogt med totalkonsumtionen för alkohol, är mindre given och sparsamt utforskad.

3.4 Konsumtionsmönster och missbruk

Att cannabis är det vanligast använda narkotiska preparatet framgår av flertalet källor. Detta är den enda narkotikasorten som omfrågas i Statens folkhälsoinstituts hälsoenkät¹², vilket i sin tur är den enda studie som för närvarande följer narkotikavanor i befolkningen. Av undersökningen framgår att cirka 11 procent av 16–84-åringarna någon gång prövat cannabis och att 2 procent använt medlet under

¹¹ Enligt de undersökningar som redovisas i *Drogutvecklingen i Sverige* är det alltsedan 1993 normalt någon procent bland yngre män i olika befolkningsstudier som uppger att de någon gång prövat sådana medel, och i övriga grupper färre eller inga alls.

¹² Denna postenkät om hälsovanor genomförs årligen sedan 2004 med riksrepresentativa urval och bortfallet uppgår till ca 40 procent (se www.fhi.se).

senaste 12 månaderna. Av samma enkät framgår att 13 procent bedöms ha uppvisat riskabla alkoholvanor under senaste 12 månaderna¹³. Detta innebär att ungefär 150 000 använt cannabis senaste året samt att 1 miljon människor haft riskabla alkoholvanor motsvarande period. Som framgår av diagram 4 är det främst yngre personer som rapporterar beteendena och det kan tilläggas att män gör så i dubbelt så stor omfattning som kvinnor.

Ur folkhälsosynpunkt är det framför allt viktigt att följa andelen med riskabla eller mera omfattande drogvanor. Dessvärre saknas kontinuerliga intervjudata som skulle kunna spegla mera långsiktiga förändringar beträffande riskkonsumtion eller dylika mått. Folkhälsoenkäten visar ingen förändring i riskabla alkoholvanor, men har endast följt utvecklingen sedan 2004, dvs. då den stora konsumtionsuppgången redan inträffat. SoRAD har presenterat uppgifter om utvecklingen av storkonsumtion¹⁴ 2003–2006, samt av intensivkonsumtion¹⁵ 2002–2006. Inga uppenbara förändringar märktes under denna korta period, undantaget en liten nedgång i intensivkonsumtionen 2006 (Boman et al 2007).

En sammanställning där de självrapporterade vanorna någorlunda fångar in perioden då konsumtionsökningen skedde har redovisats i SOU 2005:25 och där jämförs andra halvan av 1990-talet med första hälften av 2000-talet. Där framkom en viss ökning i självrapporterad storkonsumtion samt intensivkonsumtion. Förändringarna var dock relativt små och inga uppföljningar har gjorts. Härtill kan läggas att metodskillnader mellan undersökningarna gör resultaten något osäkra. För åren 1996/97 och 2004/2005 finns självrapporterade alkoholdata från Statistiska centralbyråns Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) och i den senare omgången är resultaten högre både för hög- respektive intensivkonsumtion¹⁶, såväl för män som för kvinnor (SCB 2007).

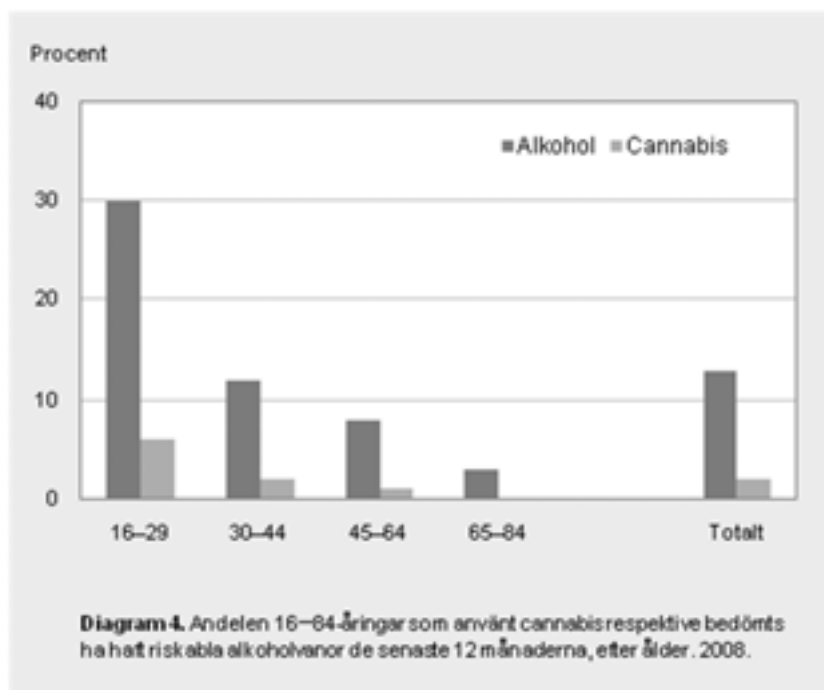
¹³ Med riskabla alkoholvanor menas de kvinnor och män som uppnår minst 6 respektive 8 poäng på summaindexet för de tre första AUDIT-frågorna eller de som anger att de berusat sig 2–3 gånger i månaden eller oftare.

¹⁴ 30 gram ren alkohol eller mer om dagen senaste 30 dagarna (20 för kvinnor). 30 gram motsvarar ca två glas vin.

¹⁵ Att dricka motsvarande minst en flaska vin vid ett och samma tillfälle.

¹⁶ Intensivkonsumtionsmättet är detsamma som i det föregående medan gränsen för högkonsumtion gick vid 21 (män) resp. 14 (kvinnor) cl 100 procent alkohol eller mer per vecka.

Diagram 4 Andelen 16–84 åringar som använt cannabis respektive bedömts ha haft riskabla alkoholvanor de senaste 12 månaderna, efter ålder. 2008



Ett fåtal tecken på att hög- och intensivkonsumtionen av alkohol ökat existerar således, men på det stora hela saknas det bra och mera långsiktiga mått av den typen för utvecklingen av problemrelaterade dryckesmönster. Även utvecklingen och fördelningen av antalet konsumtionstillfällen per månad eller år är dåligt belyst. Vissa enklare generella konstateranden kan självfallet göras utifrån tillgänglig information, t.ex. att så gott som alla vuxna dricker alkohol, att konsumtionsnivåerna skiljer sig mellan olika grupper, att relativt få står för en stor andel av förbrukningen, att kvinnors andel av konsumtionen ökat sedan 1960-talet, att män i 20-årsåldern är den grupp som uppvisar högst konsumtion etc. För att få en bättre bild av alkoholmissbruksutvecklingen måste dock skaderelaterade indikatorer användas, vilket görs i följande avsnitt.

Av hela befolkningen svarade i folkhälsoenkäten 1 procent (motsvarande cirka 75 000 personer) att de använt cannabis under senaste 30 dagarna. Detta mått på aktuell användning avser att

fånga en mera regelbunden konsumtion och tittar man på åldersgruppen 16–29 år, där beteendet främst förekommer, uppgav 2 procent detta. Man kan anta att svaren i viss mån styrts av vad som är socialt önskvärt och att personer som använder droger är överrepresenterade i det relativt höga bortfallet, varför dessa värden bör betraktas som miniminivåer (vilket även gäller frågor om alkoholkonsumtion). Likartade nivåer (cirka 3 procent) för månadsaktuell narkotikakonsumtion har uppmätts av CAN bland 15–16-åriga skolelever alltsedan 1970-talets början, med undantag för 1980-talet då nivåerna var ännu lägre. Jämfört med de kvinnliga skoleleverna är aktuell narkotikaanvändning vanligare bland de manliga.

Vid tre tillfällen (1979, 1992 och 1998) har det gjorts tämligen detaljerade kartläggningar med syfte att skatta antalet ”tungt narkotikamissbrukare”¹⁷, inklusive mörkertal. Antalet personer med tungt missbruk ökade från omkring 15 000 till 19 000 mellan de två första mätningarna och för 1998 uppgavs estimatet till 26 000.¹⁸ Ökningen var således särskilt stor under 1990-talet. Samtidigt blev också gruppen allt äldre. Vid första kartläggningen var medelåldern 27 år och 1998 var den 35, en konsekvens av att narkotikamissbruk fortfarande var en relativt ny företeelse 1979; då hade endast 19 procent använt narkotika 10 år eller längre jämfört med drygt 50 procent 1998.

Socialstyrelsen har publicerat en uppskattning av antalet personer med tungt eller problematiskt narkotikamissbruk för perioden 1998–2004 som antalsmässigt matchar de tidigare kartläggningarna men utgår från uppgifter i patientregistret¹⁹. Enligt denna metod uppgick antalet personer med problematiskt missbruk till 26 000 år 1998 och närmare 28 000 år 2001. Beräkningen har uppdaterats t.o.m. 2004 och då beräknades antalet åter vara 26 000, alltså en

¹⁷ Definitionen ”tungt missbruk” innefattar i dessa kartläggningar personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen de senaste 4 veckorna. Skattningarna påverkas givetvis av hur man väljer att definiera tungt missbruk, en given eller entydig definition av detta saknas dock (se SOU 2005:82).

¹⁸ En kartläggning i Storstockholm från 1967 har senare använts för en mindre säker nationell skattning vilken ledde till ett estimat om att ca 6 000 personer skulle ha injicerat eller på annat sätt missbrukat narkotika regelbundet i landet detta år (Ds S 1980:5).

¹⁹ I denna beräkning läggs fokus på problem uppkomna av narkotikaanvändningen (här uttryckt i form av slutenvårdsbehov) snarare än intagningsätt och användningsfrekvenser som i de tidigare kartläggningarna. Ett möjligt problem med skattningen är att den baseras på en enda typ av källa (slutenvårdsregistret) och att förändringar inom vårdens struktur och vårdutbudet i stort kan inverka på resultaten.

återgång till 1998 års nivå. Enligt Socialstyrelsens skattningar var medelåldern oförändrade 37 år under perioden.

I samma uppskattning beräknades även antalet personer med alkoholmissbruk, dessa ökade något mellan 1998 och 2004, från 76 000 till 81 000. Med all säkerhet överlappar grupperna varandra, oklart i vilken utsträckning, men enligt ovanstående studie kan det ha funnits cirka 100 000 personer med tungt eller problematiskt missbruk av alkohol och narkotika vid den senaste mätpunkten.

Skattningar gällande antalet personer med ett läkemedelsmissbruk saknas i stort sett helt. Många av de med tungt narkotikamissbruk använder och missbrukar även olika sorters läkemedel, dock okänt i vilken omfattning. I en rapport från Statens folkhälsoinstitut (Jonasson och Jonasson 2006) beräknas antalet läkemedelsberoende till närmare 250 000, varav cirka hälften var 65 år och äldre. Enligt rapporten ingick emellertid inte ”den så kallade missbrukspopulationen”, dvs. de som eftersträvar bi- och berusningseffekter av läkemedlen.

Den senaste frågeundersökningen om dopning genomfördes 2008 av STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem) bland 18–50-åringar för att utröna omfattningen av erfarenheter av anabola steroider samt tillväxthormon. Man fann att 0,6 procent av männen 0,1 procent av kvinnorna uppgav sådana erfarenheter (Leifman och Rehnman 2008). Detta motsvarar 14 000 personer i åldersintervallet. På grund av den låga svarsfrekvensen (31 procent) gjordes en bortfallsuppföljning men en uppvägning baserad på bortfallsanalysen förändrade inte slutresultatet i någon betydande grad²⁰. Resultaten är i linje med tidigare gjorda studier av liknande karaktär; normalt är det någon enstaka procent av de yngre männen i olika frågeundersökningar som säger att de någon gång provat ovan nämnda medel.

STAD-studien gav inget säkert underlag för att bedöma omfattningen av det årsaktuella bruket. Om man ponerar att kvoten mellan att ha provat någonsin respektive ha använt senaste året är densamma för dopning som för narkotika (beräknad utifrån 2008 års folkhälsoenkät) skulle detta kunna innebära att cirka 2 500 personer i åldersintervallet använt anabola steroider eller tillväxthormon under senaste 12 månaderna. Denna beräkning är förvisso

²⁰ Denna bortfallsuppföljning gjordes med postenkäter i stället för webbenkäter varför det inte är helt oproblematiskt att väga samman resultaten. Även i uppföljningen var dessutom svarsfrekvensen låg (38 procent) vilket i sin tur ledde till ytterligare en osäkerhet då gruppen som svarade blev liten till antalet relativt det sällsynta beteende som skulle mätas.

spekulativ, eftersom det inte är känt om rapporteringsviljan eller "fortsättningskvoten" skiljer sig mellan dopning och narkotika i befolkningsstudier.

Uppgifter om missbruk av snifningsmedel är svåra att finna. Att utifrån beslags- eller försäljningsuppgifter bedöma utvecklingen är givetvis inte möjligt eftersom det är mer eller mindre vanliga hushållsprodukter som används. I kartläggningarna av det tunga narkotikamissbruket angavs att 1–2 procent av personerna med tungt narkotikamissbruk även sniffade, samma förekomst gäller även för personer tvångsvårdade enligt LVM. Utgår man från kartläggningen från 1998 skulle det i faktiska antal kunna röra sig om 500 personer – av de 26 000 med tungt narkotikamissbruk – som hade snifningsmedel som en känd komponent i missbrukets bilden.

Att döma av CAN:s skolundersökningar i årskurs 9 följer sniffningstrenden narkotikatrenden tämligen väl, och andelarna som anger att de någon gång prövat endera är av ungefär samma storleksordning. År 2009 uppgav 7 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna att de någon gång sniffat. Det kan vara värt att notera att till skillnad från narkotika så ökar inte livstidsprevalensen för sniffningen bland de äldre eleverna i gymnasiet årskurs 2.

3.5 Missbruksutvecklingen enligt skadeindikatorer

Några mera uppdaterade försök att beräkna missbrukets omfattning finns inte, i stället är man hänvisad till att följa olika indikatorer som är kopplade till konsekvenser av missbruk och utifrån dessa bedöma hur läget förändrats. Dock är det relativt få indikatorer som låter sig jämföras över en längre tidsrymd. Patient- respektive dödsorsaksregistret ger emellertid förhållandevis stringent information. Förvisso finns även långa tidsserier om exempelvis anmälda trafiknykterhetsbrott eller omhändertaganden till följd av berusning, men båda dessa indikatorer har gemensamt att utfallet bestäms mycket av rättsväsendets inställning, resurser och prioriteringar.²¹ Detsamma kan sägas om kriminalstatistiken rörande narkotika. Sjuk- och dödligheten får dock betraktas som förhåll-

²¹ Jämfört med 1970-talet har exempelvis antalet registrerade LOB-ingripanden per invånare halverats, vilket sannolikt inte är en korrekt bild av utvecklingen av berusningsdrickande. Intressant nog framkommer dock att andelen omhändertagna kvinnor ökat från 3 till 13 procent mellan 1970 och 2008, vilket kan överensstämma bättre med verkligheten. Även kvinnors andel bland misstänkta för trafiknykterhetsbrott har ökat.

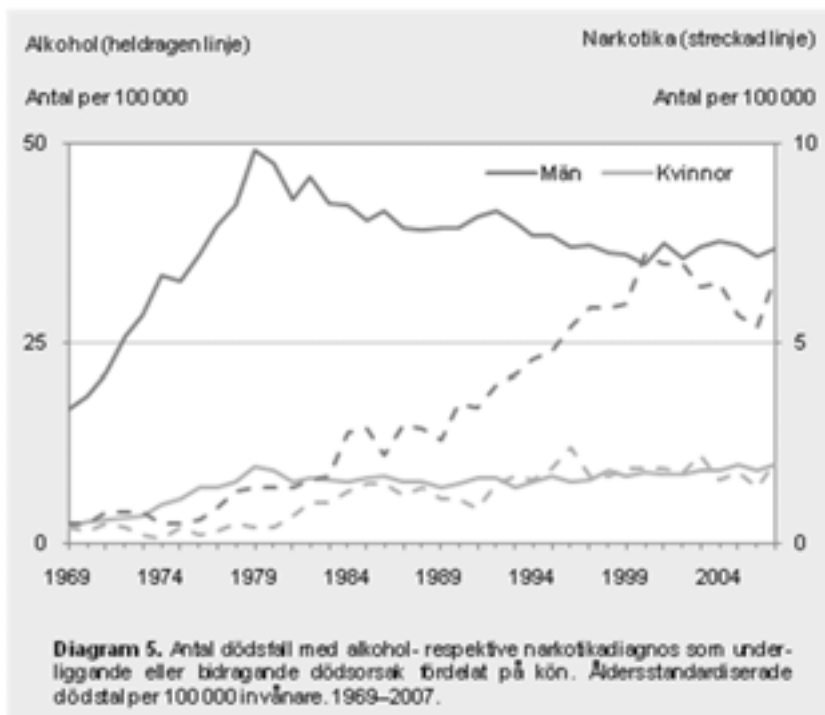
andervis beständiga indikatorer över tid (bortsett från problem vid byten av diagnosklassificeringar).

Sedan 1969 följer Socialstyrelsens Epidemiologiska centrum den alkohol- respektive narkotikarelaterade dödligheten genom två olika index sammansatta av ett diagnosurval²². Av diagram 5 framgår att den alkoholrelaterade dödligheten ökade kraftigt i befolkningen under 1970-talet, parallellt med den ökande alkoholkonsumtionen, detta såväl bland män som bland kvinnor. Därefter har den sjunkit bland män men ökat ytterligare något bland kvinnor. Även om männens avtryck i statistiken totalt sett minskat sedan 1980 har alkoholdödligheten bland män 65 år och äldre ökat. Ökningen bland kvinnorna återfinns främst också bland ålderspensionärerna. Alkoholdödligheten i yngre åldrar har minskat sedan 1970-talets slut; dödligheten per 100 000 invånare bland dem under 50 år har mer än halverats under perioden.

På diagrammets högra y-axel redovisas den narkotikarelaterade dödligheten, vilken är betydligt lägre än alkoholdödligheten och har uppgått till ungefär en femtedel av denna under 2000-talet. Narkotikadödligheten ökade fram till millennieskiftet, efter en åtföljande nedgång ligger denna åter på i stort sett samma nivå 2007. Andelen avlidna under 30 år sjönk från 82 till 14 procent mellan 1976 och 1997, därefter har andelen unga ökat och uppgick till 25 procent år 2007.

²² Såväl underliggande som bidragande diagnoser inkluderas. Åren 1987 och 1997 genomfördes revisioner av de s.k. ICD-koderna (International Classification of Diseases) vilka möjligen kan ha betydelse för jämförbarheten över tid. Diagnosindexen redovisas i Socialstyrelsens årliga publikation Dödsorsaker.

Diagram 5 Antal dödsfall med alkohol- respektive narkotikadiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på kön. Åldersstandardiserade dödsfall per 100 000 invånare, 1969–2007



Förutom att antalet användare ökade under tidigare decennier skulle uppgången i dödligheten även kunna förklaras av att ökande andelar använder mera toxiska sorter²³, att narkotika är ett förhållandevis nytt fenomen samt att med en ökande medelålder i användargruppen följer också naturligt ökande hälsoproblem, delvis till följd av drogerna i sig men inte minst av livsstilen i stort. Opiatmissbrukare uppvisar högst dödlighet jämfört med andra preparatgrupper och står för en oproportionerligt stor del av de narkotikarelaterade dödsfallen. En förklaring till att ökningen brutits efter millennieskiftet kan vara att alltfler opiatberoende fått tillgång till behandling där substitutionspreparat (t ex metadon och subutex) utgör en komponent. Enligt uppgifter baserade på rätts-

²³ Heroin introducerades under andra halvan av 1970-talet och vann ytterligare spridning under 1990-talet.

medicinska data²⁴ har nu såväl antalet som andelen (-27 procent) heroinrelaterade dödsfall minskat jämfört med toppen 2001, samtidigt som den totala narkotikadödssiffran för 2008 är den högsta sedan dataseriens startår, dvs. 1994 (Statens folkhälsoinstitut 2009).

Relaterar man utvecklingen av alkoholdödligheten till utvecklingen av per capitakonsumtionen finner man, i linje med totalkonsumtionsmodellen, en tämligen god parallellitet t o m 1990-talets mitt. De senaste tio årens klart förhöjda konsumtion gör dock inte det väntade avtrycket i dödsorsaksstatistiken. En möjlig förklaring kan vara att dryckesmönstren är annorlunda jämfört med förr. Överensstämmelsen mellan narkotikautbudet (mätt genom beslagen) och dödligheten visar på en likartad utveckling t.o.m. millennieskiftet, varefter beslagen fortsätter öka medan uppgången i dödligheten avtar²⁵.

Både den alkohol- och narkotikarelaterade statistiken innehåller akuta dödsfall men också många fall av mera kronisk karaktär. I viss mån erbjuder slutenvårdsstatistiken en aktuellare bild, i synnerhet om man studerar utvecklingen av tillströmningen av nya patienter. Från 1987 finns rikstäckande uppgifter och i diagram 6 redovisas slutenvårdsdata för både alkohol- och narkotika²⁶.

Antalet personer vårdade för alkoholdiagnos var som lägst runt millennieskiftet men 2008 hade antalet ökat och återgått till 1987 års nivå (runt 26 000 personer). Jämfört med 2001 är detta en 25 procentig uppgång. I diagrammet redovisas även antalet unika nytillkomna patienter för respektive drogkategori (dvs. ej tidigare slutenvårdade med alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser). Eftersom register saknas för tiden före 1987 kan eventuella tidigare vårdtillfällen inte spåras och utvecklingen blir därmed missvisande de inledande åren. För exemplets skull kan man utgå från att en person som vårdats för drogdiagnos före 1987, och därefter återkommer, torde göra så åtminstone inom de närmast tio efterföljande åren. Därmed har denna tekniska brist knappast någon betydelse från 1997 och framåt.

Diagrammet visar att antalet unika nytillkomna patienter år 2008 är högre än någonsin för såväl alkohol (cirka 11 500 personer)

²⁴ Dessa uppgifter baseras inte på ICD-koder utan redovisar antalet fall där man vid rättsmedicinska undersökningar testat för och funnit spår av narkotika. Statistikserien är relativt ny och publiceras endast på www.fhi.se.

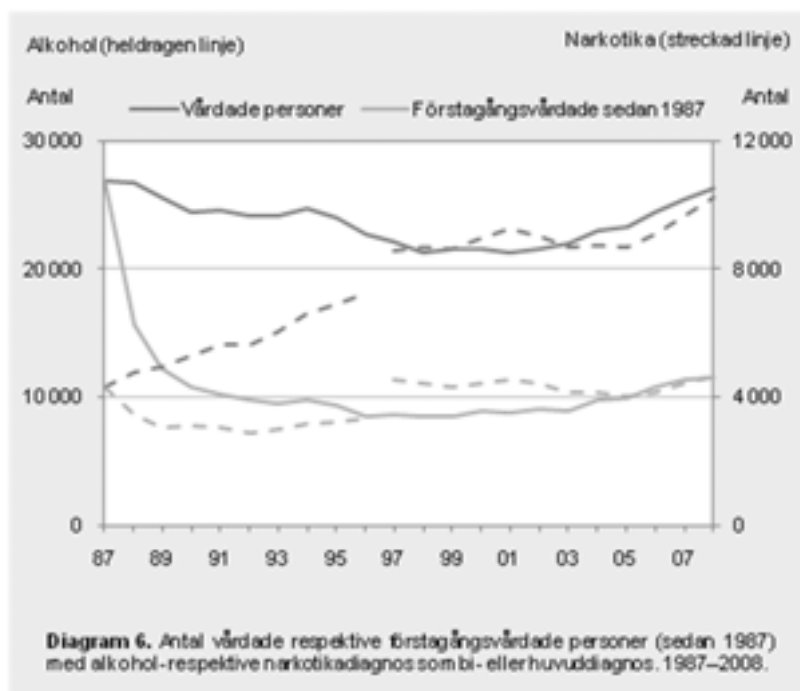
²⁵ Statens folkhälsoinstituts siffra för 2008 var förvisso historiskt hög och det återstår att se om Socialstyrelsens mera långsiktiga index också kommer att uppvisa en ökning detta år.

²⁶ Såväl huvud- som bidiagnoser inkluderas. År 1997 genomfördes revisioner av de s.k. ICD-koderna vilket orsakat så pass stora jämförelseproblem att kurvan brutits för narkotikadiagnoserna. Diagnosindexen framgår av Socialstyrelsens statistikdatabas (www.socialstyrelsen.se).

som för narkotika (4 700 personer). Mellan 2005 och 2008 är ökningen av tidigare obehandlade 15 procent för båda grupperna. Slutenvårdsuppgifterna uppvisar därmed en bättre överensstämmelse än dödligheten med hänsyn till vad som skulle kunna förväntas utifrån det som är känt om konsumtions- och utbudsutvecklingen.

För narkotika har antalet individer årligen vårdade sedan 1987 mer än fördubblats och uppgick till 10 200 år 2008. Andelen narkotikavårdade kvinnor har legat stabilt runt 34 procent hela perioden medan andelen alkoholvårdade kvinnor ökade från 19 till 26 procent. Åldersmässigt är det uppenbart att det skett förändringar för bland annat de yngsta. Både för alkohol och narkotika har andelen vårdade yngre än 20 år ökat från 4 till 10 procent sedan 1987 och 2008 uppgick antalet unga till 2 700 respektive 1 100 personer. För båda drokkategorierna har även andelen äldre ökat medan andelen medelålders minskat. I absoluta tal är det dock endast för alkohol detta motsvaras av en minskning och detta bara för gruppen 20–49 år.

Diagram 6 Antal vårdade respektive förstagångsvårdade personer (sedan 1987) med alkohol- respektive narkotikadiagnos som bi- eller huvuddiagnos, 1987–2008



Det kan alltså konstateras att den narkotikarelaterade dödligheten och sjukligheten långsiktigt ökat. Detta är inte enbart en effekt av en åldrande missbrukspopulation; tvärtom är antalet förstagångsvårdade högre än någonsin 2008 och andelen vårdade under 30 år har ökat alltsedan 1996 (andelen under 20 år har ökat hela den redovisade perioden). Även för alkohol har antalet förstagångsvårdade ökat och alltfler unga (under 20 år) vårdas för alkoholrelaterade diagnoser. Samtidigt har alkoholdödligheten inte ökat i den omfattning man kunnat förvänta sig mot bakgrund av den kraftigt förhöjda konsumtionsnivån, huvudsakligen till följd av nedgångar bland medelålders män.

Några motsvarande urval eller analyser av diagnoskoder som speglar sniffning, dopning eller läkemedelsmissbruk existerar inte i dag, varför det inte går att göra motsvarande presentationer för dessa medel. För läkemedlen torde det vara förknippat med särskilda problem, särskilt vad gäller att göra åtskillnad med det legala bruket, vilket är viktigt då felaktig läkemedelsanvändning exempelvis var bakgrunden till en fjärdedel av alla skador som hälso- och sjukvården orsakade patienter som vårdats på sjukhus 2008²⁷ och att detta kan vara svårt att urskilja från illegitim användning.

3.6 Utvecklingen framöver

Enligt totalkonsumtionsmodellen är utvecklingen av alkoholkonsumtionens storlek central när det gäller att förutspå problemens omfattning. Eftersom tillgängligheten påverkar konsumtionen behöver eventuella förändringar i denna förutspås för att förutsäga förändringar i konsumtionsvolymen. För alkohol, och andra produkter med drag av lyxkonsumtionsvaror, har priset liksom konjunkturförändringar betydelse. I goda tider, när folk har en högre disponibel inkomst, är det troligt att konsumtionen ökar. Att förutspå långsiktiga konjunkturförändringar låter sig dock inte göras. Klart är emellertid att Sverige på egen hand inte utan vidare kan förändra alkoholtillgängligheten via politiska styrmedel; i och med EU-medlemskapet är detta ofta en fråga med internationell bäring.

I dagsläget finns inget som pekar på att alkoholtillgängligheten skulle minska i Sverige, sannolikt kommer denna att vara fortsatt

²⁷ Enligt Socialstyrelsens nationella studie om vårdskador från 2008.

hög eller rent av öka, även om diskussioner förkommer i dag exempelvis beträffande sänkningar av införselkvoterna. Det förefaller därför rimligt att 2000-talets förhöjda konsumtionsnivå om bortåt 10 liter ren alkohol per vuxen invånare kommer att bestå en tid framöver.

Socialstyrelsen (2006a) påpekar att konsumtionsuppgången inte lett till den ökning av alkoholdödligheten man hade kunnat förvänta sig utifrån tidigare erfarenheter. Dödligheten ökar förvisso bland äldre men totalt sett har det skett en nedgång. Allt annat oförändrat prognostiseras alkoholdödligheten i en åldersstrukturanalys att minska fram till 2025, eftersom kommande generationer, som inte vuxit upp med omfattande spritkonsumtion eller lättillgängligt mellanöl, ersätter äldre generationer där dödligheten är högre. Analyser av födelsekohorter visar att personer födda under 1950-, 1960-, och 1970-talen hittills uppvisat klart lägre alkoholdödlighet jämfört med vad föregående generationer gjorde i motsvarande åldrar.

Det kan dock konstateras att dagens unga generationer växer upp med mer lättillgänglig alkohol och därmed kan befaras anlägga mer omfattande alkoholvanor. Eftersom de flesta alkoholdödsfallen inträffar i 60-årsåldern dröjer det innan detta eventuellt påverkar dödlighetsstatistiken. Socialstyrelsen har emellertid påvisat att antalet alkoholförgiftningar ökat bland unga och i föregående avsnitt framkom också att personer under 20 år totalt sett gör ett allt större avtryck i vårdstatistiken. Mot bakgrund av detta förefaller det extra viktigt att följa utvecklingen i gruppen unga vuxna.

Utöver den totala konsumtionens storlek är det alltså viktigt att ta hänsyn till förändringar i konsumtionsmönstren. Socialstyrelsen (2009) påpekar att man i en internationell jämförelse inom ramen för det europeiska GENACIS-projektet har visat att könsvisa skillnader i konsumtionsvanor är mindre i länder som är mer jämställda och där kvinnor har en högre grad av oberoende. Kvinnors konsumtion i Sverige har ökat, dels i absoluta tal men också relativt männen. Jämställdheten mellan könen förbättras alltjämt i Sverige och i den mån fenomenen hänger samman pekar detta på en fortsatt konsumtionsökning bland kvinnor. Att män och kvinnor har olika vårdbehov vid missbruk och beroende har ofta framhållits. Detta bör beaktas vid planering av framtida insatser.

Att kvinnor dricker allt mer, och en allt större andel av den totala konsumtionen, tar på ett sätt något udden av den totala konsumtionsökningen. Den förhöjda konsumtionen sprids alltså ut

på flera individer jämfört med 1960- och 1970-talen. Som tidigare nämnts har det även skett en övergång till alkoholsvaga drycker, faktorer som skulle kunna innebära förbättringar i relation till berusningsdrickandet²⁸, i synnerhet om detta kombineras med ett mera utspritt ("kontinentalt") drickande. Hur konsumtionsmönstren utvecklats senaste 40 åren är dock dåligt belyst, även om det finns vissa indikationer på att antalet intensivkonsumtionstillfällen kan ha ökat i samband med den totala konsumtionsökning som varit under 2000-talet.

Om alkoholtillgängligheten har starka internationella kopplingar torde detta i än högre grad gälla narkotika. I stort sett all narkotika produceras utanför Sveriges gränser och smugglas hit. Produktion av organiska droger sker ofta i länder eller områden där konflikter råder och den statliga kontrollen är låg. Syntetiska droger produceras dock i en rad olika länder, varav flertalet politiskt stabila.

Narkotikaprisförändringarna på den svenska marknaden följer den internationella utvecklingen tämligen väl. Att bedöma hur det internationella samarbetet kommer att utvecklas runt dessa frågor, och vilken effekt som eventuellt uppnås, låter sig inte göras här. Att globaliseringen med ökat resande, större varuströmmar och informationsutbyte skulle avta förefaller dock osannolikt. Att komma tillrätta med internationell droghandel skulle vara ett positivt biresultat av en förbättrad konfliktlösningsförmåga hos det internationella samfundet. En annan internationell fråga är att komma åt vinsterna av droghandeln, dvs. att bättre kunna följa penningströmmar och förhindra penningtvätt. Program för ersättningsgrödor liksom utökat internationellt underrättelsesamarbete har dock hittills inte uppvisat några avgörande effekter på drogmarknaderna. Dessutom förs diskussioner om att kontrollskadorna på nationsnivå i flera länder i Latinamerika börjar bli så pass omfattande att kriminaliserings- och repressionsstrategierna kommit att ifrågasättas. Hursomhelst bedöms narkotikatillgängligheten i Sverige, utifrån ett fyrtioårsperspektiv, i dag vara hög och det finns inga uppenbara tecken på att tillgängligheten skulle minska inom en snar framtid.

I diagram 7 redovisas en indexerad utveckling (startår 1987) för narkotikabeslag, misstänkta för narkotikabrott, sjukhusvårdade

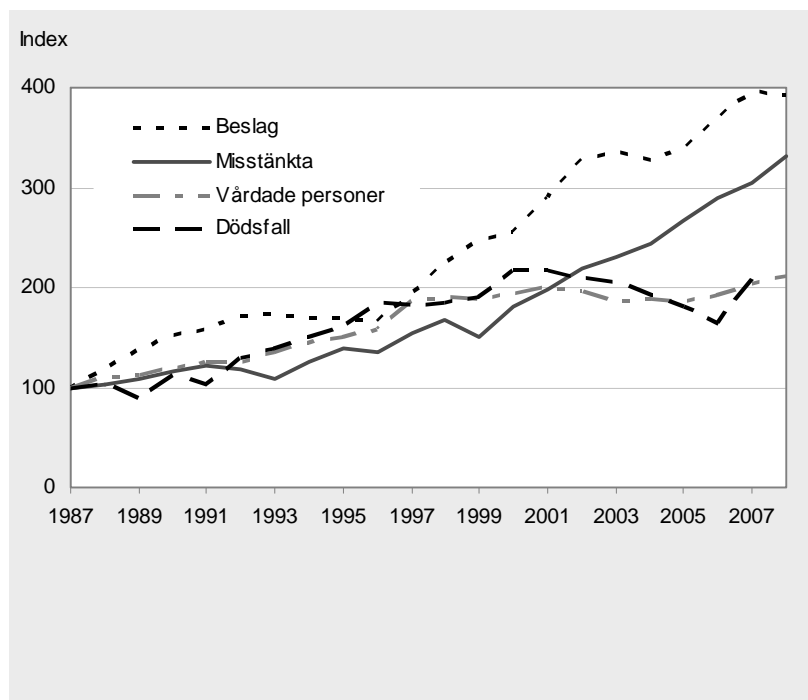
²⁸ En internationell jämförande analys visar att i jämförelse med vinkonsumtion tycks i synnerhet sprit – men även ölkonsumtion vara mera associerat med alkoholskador och att dryckesmönstren är av mer explosiv karaktär i länder med hög spritkonsumtion (se Norström och Ramstedt 2005).

respektive avlidna med narkotikadiagnoser. De indikatorer som är kopplade till rättväsendets insatser visar en kraftigare ökning än de andra kurvorna, sannolikt till följd av ökade prioriteringar. Den sjunkande dödligheten kan som tidigare nämnts i sin tur vara kopplad till en utbyggd substitutionsbehandling. Förmodligen är det av dessa fyra indikatorer vårdstatistiken som bäst speglar utvecklingen av antalet personer med tungt narkotikamissbruk. Om så är fallet måste det konstateras att läget inte förbättrats utan tvärtom är sämre i dag än de 20 föregående åren. Det finns i nuläget inga indikationer som uppenbart pekar på att läget kommer att förbättras inom de närmsta åren.

Ett faktum på narkotikaområdet som det är viktigt att förhålla sig till, i relation till framtida vårdbehov, är att närmare 30 000 personer inrapporterats som hepatit C-smittade sedan 1990²⁹, där den kända smittvägen utgjorts av intravenöst missbruk. Närmare två tredjedelar av de kända hepatit C-fallen tillskrivs intravenös smittväg och detta torde vara en miniminivå då smittvägen inte alltid blir klargjord. Majoriteten av de hepatit C-infekterade utvecklar kronisk leverinflammation, som med tiden kan leda till skrumplever och levercancer. Som en jämförelse kan nämnas att i dagsläget har drygt 1 000 personer inrapporterats som hiv-smittade med intravenöst missbruk som känd smittväg.

²⁹ Det var först 1990 sådan diagnostik blev möjlig varför antalet inrapporterade fall är särskilt stort under 1990-talets början.

Diagram 7 Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott, antalet vårdade med narkotikadiagnos samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, per invånare, 1987–2008. Index 1987=100



Inga tydliga förändringar i konsumtionsmönstren för narkotika tycks ha skett, exempelvis är könsfördelningen stabil över tid enligt tillgängliga indikatorer. Möjligen blev heroin vanligare på amfetaminets bekostnad bland personer med tungt missbruk under 1990-talet, men det måste konstateras att om förändringarna i alkoholkonsumtionsmönstren är dåligt utforskade gäller detta i än högre grad för narkotika. Jämfört med alkoholmissbruket förekommer åtminstone den mera omfattande narkotikakonsumtionen företrädesvis i mindre och mera avgränsade subgrupper. Dessa uppvisar i högre grad multipel problematik, både avseende andra droger och beträffande psykisk och fysisk hälsa, liksom vad gäller kriminalitet och andra sociala problem.

Förutom tillgängligheten på olika droger finns givetvis ett stort antal andra faktorer på samhällsnivå som är kopplade till missbruk.

Exempelvis kan sociala faktorer som fattigdom, brist på karriärmöjligheter och låg social integration vara viktiga vid förståelsen av bakomliggande mekanismer (se t.ex. UNDCP 2000). Lenke och Olsson (1996) har påvisat en, på internationell aggregerad nivå, samvariation för etableringen av heroinmissbruk bland unga med en utbredd ungdomsarbetslöshet.

På en mera individuell nivå är psykosociala faktorer betydelsefulla för att förklara uppkomst av missbruk, exempelvis olika negativa erfarenheter och förhållanden under uppväxten, liksom brist på olika skyddsfaktorer. Individer eller grupper med vissa karakteristika är mer benägna eller sårbara när det gäller att utveckla beroende och missbruk av droger. I Folkhälsorapport 2009 (Socialstyrelsen 2009) konstateras exempelvis att depression och ångestsymtom är vanligt bland personer med hög alkoholkonsumtion och att detta samband är dubbelriktat. Vidare konstateras att hälsan generellt förbättrats de senaste decennierna, med en ökad medellivslängd etc., men att de senaste uppgifterna om det självupplevda hälsotillståndet är från 2005 och speglade ett samhälle under högkonjunktur och att detta tillstånd kan ha försämrats i samband med den efterkommande ekonomiska krisen. Symtom på psykisk ohälsa ökade förvisso under 1990-talet men utvecklingen bröts under 2000-talet. Detta gällde emellertid inte för ungdomsgruppen; det psykiska välbefinnandet har försämrats för båda könen bland unga. Folkhälsorapporten slår även fast att hälsan generellt är ojämnt fördelad, till nackdel för socioekonomiskt svagare grupper.

I Social rapport (Socialstyrelsen 2006b) var huvudslutsatsen att det skett en polarisering av den sociala välfärden; majoriteten av befolkningen har fått det bättre samtidigt som 6–7 procent inte fått ta del av den förbättrade utvecklingen. Det sägs vidare att särskilt psykiska och alkoholrelaterade sjukdomar hänger samman med starka överrisker för utsatthet. I rapporten konstateras även att unga vuxnas etablering på arbetsmarknaden försenas alltmer. De som under en längre tid vare sig studerar eller arbetar riskerar såväl psykisk ohälsa som missbruk och svårigheterna för denna grupp tycks variera med konjunkturläget. Svårast att etablera sig på arbetsmarknaden har unga vuxna som bor i ekonomiskt resurssvaga storstadsområden. I Folkhälsa och sociala förhållanden (Socialstyrelsen 2007) sägs att unga vuxna fått ”försämrade sociala förhållanden med högre – och ökande – andelar fattiga jämfört med befolkningen i andra åldersgrupper”.

Också Ungdomsstyrelsen påpekar att samtidigt som flertalet ungdomar har det bra och lever under goda villkor har de haft en sämre hälsoutveckling än andra grupper, liksom att andelen unga med låg ekonomisk standard ökat. I rapporten *Ung i dag 2009* (Ungdomsstyrelsen 2009) framhålls särskilt relationen mellan ungdomars hälsa och livsvillkor, i synnerhet kopplad till sysselsättningen. Arbetslösheten i ungdomsgruppen är mycket hög i dag³⁰, detta samtidigt som gruppen växer i storlek till följd av höga födelsetal i början av 1990-talet. Enligt rapporten ökar risken för att ”ungas situation försvåras och att fler unga hamnar i ett utanförskap”. För att förhindra sådana negativa konsekvenser föreslås att ytterligare resurser sätts in för att underlätta ungas inträde på arbetsmarknaden.

Med andra ord är framtida konjunkturer väsentliga vid en bedömning av olika framtida folkhälsorelaterade trender, där drogmissbruk är en komponent. En särskilt viktig faktor för utfallet synes vara inte bara hur folkhälsopolitiken utformas, utan inte minst hur ungdoms-, social- och välfärdspolitiken kommer att se ut, samt att hänsyn tas till att vissa grupper har större behov än andra av sådana insatser. Det enkla faktum att ungdomsgruppen växer i storlek är dessutom värt att beakta i sig; om en oförändrat stor andel ungdomar utvecklar drogberoende, betyder det en ökning i absoluta tal. Att stötta barns och ungdomars grundläggande förutsättningar gällande tryggheten i uppväxt- och närmiljö förefaller vara en god investering i en framtida hälsa.

³⁰ Statistikens uppbyggnad har förändrats över tid men grovt sett var ungdomsarbetslösheten lägre under 1970- och 1980-talen jämfört med situationen under 1990- och 2000-talet. Även om statistikbrotten försvårar jämförbarheten så är dagens nivåer likartade dem som rådde under 1990-talskrisen.

Referenser

- Björkman J: *Operation vin*. Spiritus nr 6: 2004, Skriftserie från Vin & Sprithistoriska Museet.
- Boman U et al (2007). *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till 2006*. Forskningsrapport nr. 48. Stockholm: SoRAD.
- CAN (2009). *Drogutvecklingen i Sverige 2009*. Rapportserie nr 117. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Ds S 1980:5 (1980). *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979*. Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO). Stockholm: Socialdepartementet.
- Jonasson U och Jonasson B (2006). *Beroendeskäpande läkemedel – ett folkhälsoproblem som ökar*. Rapport nr A2006:05. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Leifman H och Rehnman C (2008). *Studie om svenska folkets användning av dopningspreparat*. Rapport nr 34. Stockholm: STAD.
- Lenke L och Olsson O (1996). *Sweden: Zero tolerance wins the argument?* Ur *European drug policies and enforcement*, Dorn N, Jepsen J och Savona E (red). Wiltshire.
- Norström T och Ramstedt M (2005). *Mortality and population drinking: a review of the literature*. *Drug and Alcohol Review*. 24:2005, 537–547.
- Olsson B (1994). *Narkotikaproblemets bakgrund. Användning av och uppfattningar om narkotika inom svensk medicin 1839–1965*. Rapport nr 39. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- SCB (2007). *Alkohol- och tobaksbruk*. Levnadsförhållanden Rapport 114. Stockholm: SCB.
- Socialstyrelsen (2006a). *Folkhälsa. Lägesrapporter 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006b). *Social rapport 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007). *Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapporter 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- SOU 2005:82. *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling*. Betänkande av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2005:25. *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid*. Slutbetänkande från Alkoholinförelutredningen. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2004:86. *Var går gränsen?* Delbetänkande av Alkoholinförelutredningen. Stockholm: Fritzes.
- Statens folkhälsoinstitut (2005). *Folkhälsopolitisk rapport 2005*. R 2005:5. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2009). *Dödsfall med förekomst av droger baserade på rättsmedicinska data*. Nedladdat från www.fhi.se 2009-10-29.
- Ungdomsstyrelsen (2009). *Ung i dag 2009 – en beskrivning av ungdomars villkor*. Ungdomsstyrelsens skrifter 2009:6. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

4 Alkoholsjukdomar i Sverige

En prevalensskattning med hjälp av AUDIT-C

Mats Berglund, professor emeritus, Lunds universitet

Margareta Lindén-Boström, fil.dr, Örebro läns landsting

Carina Persson, statistiker, Örebro läns landsting

Sammanfattning

För att ställa diagnosen alkoholberoende på ett tillfredsställande sätt bör epidemiologiska undersökningar med strukturerade kliniska intervjuer användas. Med denna metodik ställs exakta samma frågor till de undersökta personerna. I Sverige har denna teknik använts i liten utsträckning. Vi saknar därför uppgifter om hur vanligt alkoholberoende är. Stora epidemiologiska undersökningar har däremot genomfört i många länder som t.ex. Norge och USA. I Norge rapporteras alkoholberoende under det senaste året föreliggande hos 6,6 procent av befolkningen. I USA är motsvarande siffra 3,8 procent.

Avsikten med den aktuella artikeln är att indirekt uppskatta prevalensen av alkoholberoende med hjälp av ett instrument, AUDIT-C, som består av tre frågor om alkoholkonsumtion. Två internationella studier har visat samband mellan frekvensen alkoholberoende och resultaten på AUDIT-C. I denna analys används data från den stora epidemiologiska studien från USA, NESARC, där mer än 43 000 individer undersökts med strukturerade kliniska intervjuer och AUDIT-C. Vi har använt dessa samband i en stor svensk undersökning, Liv och Hälsa 2008 för att beräkna frekvensen alkoholberoende. AUDIT-C värden var tillgängliga för mer än 40 000 individer.

Vi uppskattade att totalt 4,38 procent av individerna hade alkoholberoende. Stöd för våra beräkningars tillförlitlighet är resultaten från Folkhälsoinstitutets utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner (2008). I denna studie rapporterade 4,3 procent alkoholberoende.

4.1 Inledning

Vid beräkning av alkoholens skadeeffekter används oftast mått som totalkonsumtion och intensivkonsumtion. En annan viktig faktor är frekvensen av alkoholdiagnoser. Kunskapsläget har utförligt redovisats av Rehm och medarbetare 2010. I denna rapport diskuteras frekvensen alkoholberoende som är definierat på likartat sätt i de två stora diagnostiska systemen, ICD-10 och DSM-IV. I resultatredovisningen anges också data för prevalensen alkoholberoende och alkoholmissbruk.

Vid vetenskapliga studier av behandlingseffekter vid alkoholproblem är det centrala kravet att alkoholdiagnos, i regel alkoholberoende, har ställts. För att inkluderas i systematiska översikter av effekten av behandling krävs alkoholdiagnos och dessutom i regel en randomiserad design. I Sverige har SBU presenterat en systematisk översikt om behandlingseffekter 2001. I en annan rapport i Missbruksutredningen, om läkemedelsbehandling av beroendetillstånd, redovisas frekvensen av samtliga randomiserade studier inom området. Studier av avgiftning, psykosocial behandling och läkemedelsbehandling är de tre dominerande grupperna av studier där förutsättningen för inklusion är förekomst av alkoholdiagnos. Interventionsstudier av riskfylld alkoholkonsumtion, där alkoholdiagnos inte krävs, är färre än i de tre andra grupperna.

Huvuddelen av vår kunskap om behandling av alkoholproblem är således baserat på studier av alkoholberoende patienter. Patienter som erhåller behandling i öppen eller slutenvård erhåller också en diagnos enligt ICD-10, som är det officiella svenska diagnossystemet inom sjukvården. Att känna till antalet individer med alkoholberoende i samhället är nödvändigt för att planera för behandling och uppsökande verksamhet.

Sambandet mellan total alkoholkonsumtion och tecken på alkoholberoende är överraskande svagt. Det är därför som konsumtionsmått inte kunnat inkluderas i de diagnostiska systemen trots många försök.

En viktig studie som visar skillnaderna mellan alkoholkonsumtion och förekomsten av alkoholberoende är Dawsons uppföljning av dödligheten hos 37 682 individer varav 1 733 med alkoholberoende sista året (Dawson 2000). Som framgår av tabellen ökar inte dödligheten för individer som inte har beroendesymptom förrän vid 7–8 drinkar/dag medan dödligheten är förhöjd vid alla nivåer av

alkoholkonsumtion hos de med alkoholberoende. Jämförelse är gjord med helnyktra individer.

Tabell 1 Uppföljning av dödligheten hos 37 682 individer varav 1 733 med alkoholberoende.

	Ej beroende	Beroende
Sporadisk (1–2 drinkar/vecka)	0,78*	1,20
Måttlig (1–2 drinkar/dag)	0,86*	1,32*
Hög (3–4 drinkar/dag)	0,92	1,42
Mycket hög (7–8 drinkar/dag)	1,07	1,65*

Källa: Dawson 2000.

Not: Mortalitet=1 för helnyktra personer.

För att ställa diagnosen alkoholberoende på bästa möjliga sätt i befolkningen bör epidemiologiska undersökningar med strukturerade kliniska intervjuer genomföras. Med denna metodik ställs exakta samma frågor till de undersökta personerna. I Sverige har denna teknik använts i liten utsträckning och vi har inga säkra egna uppgifter om förekomst av alkoholberoende eller andra alkoholdiagnoser. Stora epidemiologiska undersökningar har genomförts i många länder, t.ex. Norge och USA.

I Norge (Kringlen och medarbetare 2001) rapporteras alkoholberoende under det senaste året föreligga hos 6,6 procent av befolkningen och för alkoholberoende och alkoholmissbruk (DSM-IV) 10,6 procent. Dessa diagnoser är DSM-diagnoser som har en 95 procent överensstämmelse med ICD-diagnoser. I USA är motsvarande siffror för NESARC-projektet 2001-2 (Grant et al. 2004) för alkoholberoende 3,8 procent respektive för alkoholberoende och alkoholmissbruk 8,5 procent.

4.2 Samband AUDIT-C och alkoholberoende

I Sverige används instrumentet AUDIT i många befolkningsundersökningar, antingen i den ursprungliga versionen med 10 frågor eller enbart i den förkortade versionen med de tre första frågorna

(AUDIT-C). Är det möjligt att använda resultaten från detta instrument för att uppskatta antalet personer med alkoholdiagnos? Förutsättningen är då att sambanden mellan AUDIT-C och förekomsten av alkoholberoende på gruppnivå är stabila mellan olika länder, i det aktuella fallet mellan Sverige och USA. Mycket talar för att det är så. Flera studier har rapporterat stora likheter mellan sättet att dricka alkohol i Sverige och i USA (Berglund et al. 1988, Ståhlbrandt et al. 2008).

Två studier har rapporterat om sambandet mellan förekomst av alkoholdiagnoser ställda med strukturella kliniska intervjuer och AUDIT-C, Rumpf och medarbetare 2002 från Tyskland och Dawson och medarbetare 2005 från USA. Rumpf studerade 3 551 individer. Sambanden mellan AUDIT och alkoholberoende, riskkonsumtion och missbruk var alla goda (AUROC 0,88, 0,87 och 0,79. 1,0 maximalt samband och 0,5 inget samband).

Dawson och medarbetare studerade 43 093 individer. I artikeln inkluderades också uppgifter om sensitivitet och specificitet för AUDIT-C för olika cut-off nivåer från 3 till 9. Antalet individer som svarade positivt för de olika cut-off nivåerna angavs också. Dessa data innebär att det går att beräkna proportionen alkoholberoende individer liksom proportionen alkoholberoende och alkoholmissbrukande individer för olika AUDIT-C värden. Individer 18 år och äldre inkluderades. 81 procent av individerna kunde inkluderas.

Dessa värden kan sedan användas i nya populationer för att beräkna frekvenserna av alkoholberoende och alkoholberoende och alkoholmissbruk. På detta sätt skulle det vara möjligt att indirekt få en god uppfattning om frekvenserna alkoholberoende och alkoholberoende och alkoholmissbruk. I tabell 2 redovisas proportionen alkoholberoende och alkoholberoende och alkoholmissbruk vid olika AUDIT-C värden beräknade på data redovisade i Dawsons och medarbetares artikel 2005.

Tabell 2

Proportionen alkoholberoende och alkoholberoende/alkoholmissbruk vid olika AUDIT-C nivåer beräknade på data från Dawson et al. 2005. (N=43 093)		
	Alkoholberoende	Alkoholberoende/alkoholmissbruk
-3	0,02	0,07
4	0,04	0,11
5	0,08	0,24
6	0,14	0,31
7	0,16	0,34
8	0,25	0,47
9-	0,42	0,60

4.3 Liv & hälsa 2008

Den svenska befolkningsundersökningen Liv & hälsa 2008 har utförligt beskrivits i studien Riskfylld alkoholkonsumtion bland äldre – Resultat från en svensk befolkningsundersökning av Linden-Boström, Persson och Berglund 2009. De alkoholdata som presenteras i denna rapport har tidigare presenterats i den artikeln.

Resultaten grundar sig på undersökningen Liv & hälsa som genomfördes våren 2008 i Södermanlands, Uppsala, Värmlands, Västmanlands och Örebro län. Undersökningsområdet omfattar 55 kommuner med drygt en miljon invånare i åldern 18–84 år. Bland dessa fick 68 522 slumpmässigt valda personer möjlighet att besvara en postenkät. Stratifiering efter kön och ålder genomfördes i alla områden utom Sörmland. Stratifiering efter kommun gjordes på hela urvalet. Totalt svarade 40 674 personer, vilket ger en svarsfrekvens på närmare 60 procent för hela materialet.

I tabell 3 redovisas det beräknade antalet individer med alkoholberoende respektive alkoholberoende och alkoholmissbruk (viktade värden) i de olika AUDIT-C grupperna baserat på beräkningarna i tabell 2. Antal individer i populationen (viktade värden) var 1 060 032 varav 203 264 inte drack alkohol. I totalpopulationen uppskattades 4,38 procent vara alkoholberoende och 10,34 procent alkoholberoende och alkoholmissbrukare.

Tabell 3

Antal individer med alkoholberoende och alkoholberoende/alkoholmissbruk (viktade värden) i olika AUDIT-C grupperna baserat på beräkningar redovisade i tabell 2		
	Alkoholberoende	Alkoholberoende/alkoholmissbruk
-3	4 757	16 499
4	6 620	18 204
5	7 118	21 355
6	8 497	18 814
7	6 214	13 205
8	5 937	11 155
9-	7 240	10 343
Totalt	46 380	109 575
% alla alkoholkonsumenter	5,41	12,79
% alla innevånare	4,38	10,34

4.4 Diskussion

Huvudfynden var att andelen individer med alkoholberoende i befolkningen 18 år och över skattades till 4,38 procent det senaste året och andelen individer med alkoholberoende och alkoholmissbruk till 10,34 procent. Detta stämmer väl överens med den presenterade litteraturen från Norge och USA som presenterades i inledningen. De något lägre värdena i denna studie jämfört med de norska siffrorna kan förklaras av att svarsfrekvensen var 60 procent och lägre än i den norska studien. Vi vet att alkoholberoende individer är överrepresenterade i bortfallet. De verkliga siffrorna kan därför vara något högre.

Starkt stöd för att vår beräkningsmetod fungerar är resultaten från Folkhälsoinstitutets utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner (2008). Befolkningen tillfrågades med enkät-teknik om förekomsten av olika symptom på alkoholberoende enligt DSM-IV. Någon skillnad förelåg inte mellan försökskommunerna och kontrollkommunerna. 5,2 procent av männen och 3,4 procent av kvinnorna uppfyllde kriterierna för alkoholberoende. Totalt kunde 4,3 procent klassas som alkoholberoende. Detta värde är nästan identiskt med vår siffra på 4,38 procent.

Vi har inte gjort en uppdelning i ålder och kön. Detta förklaras av att sensitivitet och specificitetsdata var betydligt sämre presenterade för underanalyserna i Dawsons och medarbetares artikel. Vi

bedömde att analyserna baserade på dessa senare data skulle ha för låg power.

Dawson och medarbetare fann att sambanden mellan AUDIT-C värden och beroendevariablerna var något högre för kvinnor än för män. Män över 65 års ålder hade något bättre sådana samband än yngre män, men skillnaderna var inte signifikanta.

Sambanden mellan AUDIT-C värden och alkoholberoende mätta med AUROC var påfallande lika mellan Dawsons studie och Rumpfs studie, 0,89 respektive 0,88, vilket talar för likartade samband mellan populationerna i USA och Tyskland. Detta stödjer indirekt att sambanden mellan Sverige och USA bör vara tillräckligt likartade för att den använda metodiken skall vara tillämpbar för svenska befolkningsundersökningar.

Referenser

- Berglund M, Bergman H, Swenelius T. (1998) The Swedish Alcohol Use Inventory (AVI), a self-report inventory for differentiated diagnosis in alcoholism. *Alcohol Alcohol* 23(2):173-8.
- Dawson DA. (2000) Alcohol consumption, alcohol dependence, and all-cause mortality. *Alc Clin Exp Res* 24:72-81.
- Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. (2005) Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res*. 29(5):844-54.
- Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. (2004) The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991–1992 and 2001–2002. *Drug Alcohol Depend*. 11;74(3):223-34.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. (2001) A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*. 158(7):1091-8.
- Lindén-Boström, Persson C, Berglund M. (2009) Riskfylld alkoholkonsumtion bland äldre – Resultat från en svensk befolkningsundersökning. *Nordisk alkohol nark*. 5:399-416.
- Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, Parry CD, Patra J, Popova S, Poznyak V, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Taylor B. (2010) The relation between diffe-

- rent dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 105(5):817-43.
- Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. (2002) Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol Alcohol*. 37(3):261-8.
- SBU (2001) Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: 156 I–II.
- Statens folkhälsoinstitut. (2008) Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner.
- Ståhlbrandt H, Andersson C, Johnsson KO, Tollison SJ, Berglund M, Larimer ME. (2008) Cross-cultural patterns in college student drinking and its consequences – a comparison between the USA and Sweden. *Alcohol Alcohol*. 43(6):698-705. Epub 2008 Jul 1.

5 Anabola androgena steroider och blandmissbruk

En prevalensuppskattning

Ingemar Thiblin, professor, Uppsala universitet

Sammanfattning

Användande av anabola androgena steroider (AAS) är i dag etablerat i grupper som inte tillhör idrottseliten. Att bedöma hur många användarna är har visat sig vara mycket svårt. På basis av internationella och svenska intervjustudier gjorda på personer som tränar på gym, gymnasieelever, mörkstrande, missbrukare som sökt vård för missbruk av alkohol eller illegala droger, fängelseinterner och personer häktade för olika brott kan det dock sägas att AAS-användande är relativt vanligt hos kroppsbyggare, blandmissbrukare och kriminella. Merparten av användarna är män, men en svensk studie indikerar att AAS-användande även är förhållandevis vanligt bland kriminella kvinnor.

En försiktig uppskattning av antalet frekventa användare av AAS i Sverige landar på 10 000 individer. Uppskattningen bygger dock på ett antal antaganden och ska ses som tentativ. Att en betydande andel av personerna med blandmissbruk även använder AAS har inte uppmärksammats förrän på senare år, varför gruppen inte är särdeles väl studerad. De studier som är gjorda indikerar att AAS kan ses som en markör för särskilt problematiskt och farligt blandmissbruk, präglad av avancerad polyfarmaci med olika dopningspreparat, analgetika, lugnande medel och illegala droger och även svåra depressioner och hög risk för inblandning i våld. Det framstår därför som viktigt att vårdprogram och riktlinjer inom missbruks- och beroendevården anpassas till den förmodligen växande gruppen av personer med missbruk som även har en problematisk användning av AAS.

5.1 Hur många använder AAS i Sverige?

Med anabola androgena steroider (AAS) avses testosteron och andra strukturellt liknande kroppsegna eller syntetiska steroider med anabola och androgena egenskaper. Anabola egenskaper betyder vävnadsuppbyggande egenskaper, t.ex. muskeltillväxt. Androgena egenskaper avser utvecklande och upprätthållande av manliga könskaraktäristika som ansiktsbehåring, mörk röst och manliga fortplantningsfunktioner. Syntetiska AAS finns i såväl tablettform som för intramuskulär injektion. Även salvor och vattenlösliga injektionsformer förekommer.

Användare av AAS har delats upp i tre grupper, nämligen atleter, esteter och slagskämpar (Brower, Blow et al. 1989). Med atleter avses elitidrottare i olika idrottsgrenar, medan esteter avser kroppsbyggare på elitnivå och styrketränande unga män utan tävlingsambitioner. Slagskämpar leder tankarna till unga män som regelbundet söker utmaningar i form av slagsmål, t.ex. s.k. fotbollshuliganer. På senare år har det visat sig att AAS-användande är relativt vanligt hos kriminella som dömts till långa fängelsestraff för grova brott (Klotz, Garle et al. 2006; Klotz, Petersson et al. 2007); Klotz, Petersson et al. 2009) och hos unga blandmissbrukare (Petersson et al. 2009). Därför föredrar jag indelningen: atleter, esteter, kriminella (både slagskämpar och hårt belastade kriminella) och blandmissbrukare. Gruppen blandmissbrukare har även föreslagits av Moberg & Hermansson (2006).

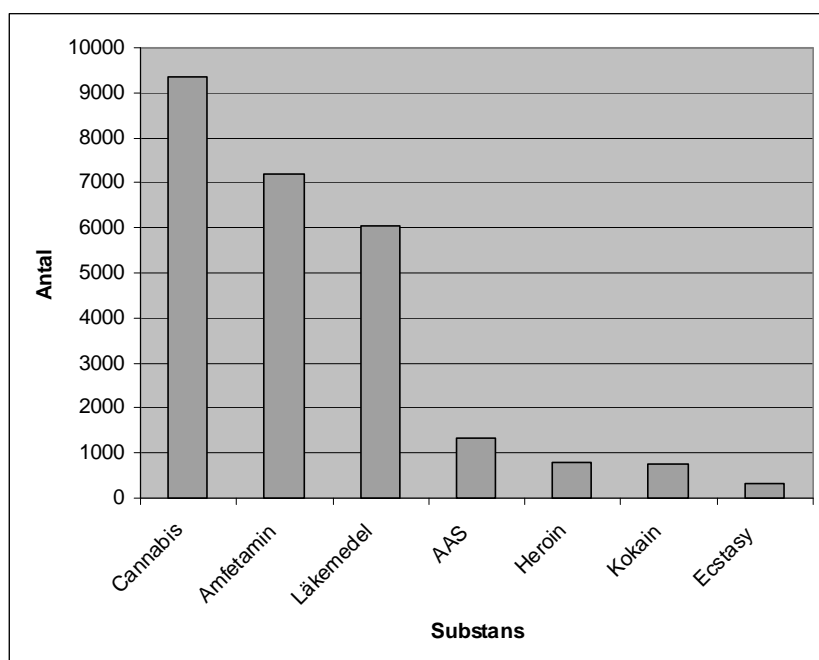
De tester som utförs av Riksidrottsförbundet indikerar starkt att användande av AAS hos svenska elitidrottare är ett marginellt fenomen (<http://www2.rf.se/t3.asp?p=90639>). Studier av kroppsbyggare visar höga livstidsprevalenssiffror, vanligen på flera tiotals procent (Thiblin och Petersson 2005). Antalet individer som ägnar sig åt avancerad kroppsbyggnad torde dock inte vara särskilt stort. Andelen AAS-användare bland dem som styrketränar utan tävlingsambitioner är svårt att få grepp om. De svenska prevalensstudier som är gjorda på skolungdomar och mönstrande anger livstidsprevalenser mellan 0,8 och 5,8 procent hos männen, medan siffrorna för kvinnorna ligger från 0 till 1 procent, oftast några tiondels procent (Thiblin och Petersson 2005).

Om vi håller oss till de manliga användarna, motsvarar 1–5 procent cirka 500–2 500 personer per årskull som någon gång använt AAS. Enligt dopingjourens statistik är merparten av AAS-användarna mellan 17 och 32 år gamla. Försiktigt räknat skulle då antalet

personer vid en given tidpunkt som har AAS-erfarenhet vara 16 (årskullar) x 500–2 500, dvs. 8 000–40 000. Nästa fråga blir då: Hur många av dessa är frekventa användare? Det är nämligen detta som är intressant om man fokuserar på en drogs farlighet. Från narkotikaforskningen är det känt att ungefär 80 procent av dem som använder illegala droger endast gör detta enstaka gånger eller en begränsad period av livet. De flesta har upphört med droganvändning när de börjar närma sig 30-årsåldern. Om man antar att samma sak gäller för AAS, så skulle detta ge 1 600 frekventa användare som minst och som mest 8 000 användare.

Tullens och polisens beslagsstatistik från 2006 visar att det då gjordes fler beslag av AAS än av heroin (Figur 1). Det är då viktigt att hålla i minnet att AAS-beslagen oftast gjorts i samband med narkotikabeslag vid tillslag som primärt var riktade mot narkotika. AAS-beslagen är således inte resultat av spaning riktad mot just illegal hantering av dopingpreparat.

Figur 1 Tullens och polisens beslag 2006



Källa: Gunnar Hermansson, Svenska narkotikapolisföreningen

När det gäller antalet heroinister är statistiken mer säker än för AAS-användare. CAN uppskattar att det i dag finns ungefär 10–15 000 användare av heroin. Att uppskatta antalet användare med utgångspunkt från antal beslag är naturligtvis en mycket osäker metod. Om man ändå ska drista sig till en sådan jämförelse skulle den indikera att det finns cirka 10 000 användare av AAS. Detta skulle i så fall betyda att den ovan angivna uppskattningen på 1 600–8 000 användare är underdriven. En förklaring till detta kan vara att prevalensen är något högre i de äldre åldergrupperna, dvs. de som är äldre än skolungdomar och mönstrande och att det finns en beaktansvärd grupp användare som är äldre än 32 år. En annan förklaring kan vara att andelen frekventa användare är högre än den antagna siffran 20 procent.

Ytterligare en annan förklaring kan vara att prevalenssiffrorna är falskt låga pga. underrapportering. Många som mött AAS-användare i kliniska eller andra sammanhang menar att AAS-användare ofta förnekar ett uppenbart AAS-användande, samtidigt som annat missbruk utan vidare bekräftas. Detta är även undertecknads erfarenhet. Nyligen publicerade en studie av idrottare som tycks bekräfta detta fenomen. I studien jämfördes resultaten av officiella dopingtest, anonym enkät och en intervju där s.k. slumpmässig svarsteknik (SST) användes (Striegel, Ulrich et al. 2009). Den senare metoden gör att svaren upplevs som säkert anonyma. Officiella dopingtest (n=25437) visade positiva test i 0,81 procent av fallen. Enkäten (n=1394) visade 0,20 procent, 95 procent CI: 0,02–0,74 procent, medan SST (n=480) visade 6,8 procent, 95 procent CI: 2,7–10,9 procent AAS-användare. Samtidigt gav enkäten och SST samma resultat avseende illegala droger, nämligen cirka 7 procent. Emellertid har samma forskargrupp tidigare gjort en studie med samma upplägg bland kroppsbyggare och då blev resultatet det motsatta, dvs. AAS-användande angavs på samma nivå oavsett metod, medan bruk av illegala droger underrapporterades i enkät (Simon, Striegel et al. 2006). Således kan det vara så att de studier som gjorts bland kroppsbyggare visar prevalenssiffror som ligger nära den sanna prevalensen, medan prevalenssiffror från andra populationer, t.ex. mönstrande är falskt låga. Sammantaget är det undertecknads uppfattning att tillgängliga data talar för att cirka 10 000 användare är en rimlig, förmodligen konservativ uppskattning. Det bör nämnas att en svensk grupp har gjort en uppskattning på 50 000 till 100 000 användare i en översiktsartikel i Lancet (Sjöqvist, Garle et al. 2008). Det är inte redovisat hur man

kommit fram till denna uppskattning, men i samma artikel anges att antalet användare i USA anses vara 1–3 miljoner, vilket vid extrapolering till Sveriges befolkningsmängd skulle ge prevalenstal på denna nivå.

5.2 Hur vanligt är AAS-användade hos blandmissbrukare?

Det finns ingen storskalig undersökning av AAS-erfarenhet hos blandmissbrukare. En undersökning som gjordes 2005 på Maria Beroendecentrum visade att 20 av 175 (12 procent) manliga missbrukare under 55 år hade erfarenhet av AAS (Petersson et al. 2009). Flertalet var yngre och det var betydligt vanligare bland dem som hade narkotika som huvudmissbruk än bland dem som hade alkohol som huvudmissbruk. Värt att notera är att blandmissbrukarna med AAS-erfarenhet visade signifikant mer irritabilitet, depressivitet och suicidalitet (själmordstankar) än övriga. Vidare hade de varit exponerade för våld under uppväxten signifikant mer ofta och var dömda för våldsbrott dubbelt så ofta som de övriga. Dessa fynd stämmer väl överens med de som noterats hos blandmissbrukare med AAS-erfarenhet som vårdats på en missbruksenhet i Örebro (Skårberg och Engström 2007). Att AAS är en markör för särskilt problematiskt blandmissbruk med hög dödlighet relaterad till dels avancerat blandmissbruk av dopningspreparat, analgetika, lugnande läkemedel och illegala droger och dels svåra depressioner (själv-mord) indikerades även i en svensk kohortstudie med 275 personer som testats positivt för AAS på Dopinglaboratoriet, Huddinge universitetssjukhus (Petersson, Garle et al. 2006). Att AAS-användande är vanligt hos missbrukare bekräftades återigen i en nyligen publicerad svensk häktesstudie som innefattade 3201 män och 396 kvinnor som selekterats med avseende på missbruk av illegala droger (Lundholm 2010). Knappt en tredjedel (28,1 procent) av männen och 5 procent av kvinnorna hade AAS-erfarenhet. Att så stor andel av kvinnorna uppgav AAS-erfarenhet är anmärkningsvärt, då prevalensstudier på andra kvinnopopulationer oftast ger livstidsprevalenstal på cirka 0,1 procent.

5.3 Studie på uppdrag av Missbruksutredningen

På uppdrag av Missbruksutredningen gjordes en studie som syftade till att få en uppfattning om hur vanligt det är med AAS hos avlidna med misstänkt narkotikamissbruk.

Rättskemiska avdelningen utförde analyser avseende AAS på 100 slumpvis utvalda obduktionsärenden från de sex rättsmedicinska avdelningarna i Sverige. Obduktionsfallen var män i åldrarna 17–55 år som avlidit under första halvan av 2009. I samtliga fall fanns en begäran om narkotika från rättsläkaren. I tre fall av 100 påvisades AAS i urin.

5.3.1 Fall 1:

28 år. Anträffad på offentlig toalett med spruta bredvid kroppen. BMI: 24,78.

Angiven dödsorsak: Heroinförgiftning.

Angivet dödsätt: Olycksfall.

Toxikologi: Morfin 0,24 mikrogram per gram lårblod, kodein 0,02, tramadol 0,2, 7-amino-klonazepam 0,4, amfetamin 0,03.

Testosteron 2600 ng/ml

Epitestosteron 47 ng/ml

T/E = 55,31 (ref: <12)

Nandrolon 115 ng/ml, 19-norandrosteron 1589 ng/ml, 19-noretiocholanolon 1135 nng/ml

Trenbolon 1879 ng/ml

Epitrenbolon 3160 ng/ml

5.3.2 Fall 2:

44 år. Anträffad i bekants bostad. BMI: 23,04.

Angiven dödsorsak: Alkoholförgiftning i förening med hjärt- och leversjukdom.

Angivet dödsätt: Olycksfall.

Toxikologi: Alkohol 2,31 promille i blod. Diazepam 0,1 mikrogram per gram blod, nordazepam påvisat i liten mängd.

Testosteron 80 ng/ml

Epitestosteron 8 ng/ml

T/E = 12,66

Övrigt: Kraftig kranskärlsförkalkning med myokardfibros (bindvävsinlagring i hjärtat), skrumplever.

5.3.3 Fall 3:

38 år. Anträffad i bostaden. Kanyler och tabletter i bostaden. BMI: 31,25.

Angiven dödsorsak: Läkemedelsförgiftning, med amfetaminförgiftning och påverkan av anabola steroider som bidragande faktor.

Angivet dödsätt: Oklart (suicid eller olycksfall, mycket hög halt sertralin/desmetylertralin kan tala för avsiktlig överdosering).

Toxikologi: Amfetamin 0,05 mikrogram per gram lårblood, metamfetamin 0,42, morfin 0,09, sertralin 2,4, desmetylertralin 2,3, 7-amino-klonazepam 0,09.

Metandienon 1038 ng/ml, Epimetendiol 875 ng/ml, Epimetendionen 574 ng/ml 6b-hydroxymetandienon 4586 ng/ml

Epitrenbolon 78 ng/ml

5.3.4 Kommentar

Fall 3 hade BMI över 30 och obducenten hade begärt AAS-analys. I de två övriga fallen var analys av AAS inte begärt och båda hade normal BMI.

Att obducenten inte misstänkte AAS-missbruk hos två normalbyggda missbrukare är inte förvånande. En av dessa var i medelåldern. Kanske har vi en okänd grupp AAS-användare i denna kategori.

Sålades var 3 procent positiva i en selektion som kan förmodas ge en hög andel avlidna med missbruksproblematik. Att siffran är lägre än vad som sågs i studien på Maria Beroendecentrum kan förklaras av att den senare anger livstidsprevalens, medan den förra ger en ögonblicksbild av pågående substansintag.

En rimlig tolkning är att en betydande andel, förmodligen cirka 10 procent, av dagens unga blandmissbrukare av och till använder AAS. Med tanke på att det kan vara så att denna grupp är särskilt problematisk i fråga om depressivitet/suicidalitet och kriminalitet framstår det som angeläget att närmare studera motiv för och konsekvenser av AAS-användning i denna grupp.

Referenser

- Brower, K. J., Blow, F. C. et al. (1989). "Anabolic-androgenic steroid dependence." *J Clin Psychiatry* 50(1): 31-3.
- Klotz, F., Garle, M. et al. (2006). "Criminality among individuals testing positive for the presence of anabolic androgenic steroids." *Arch Gen Psychiatry* 63(11): 1274-9.
- Klotz, F., Petersson, A. et al. (2007). "Violent crime and substance abuse: a medico-legal comparison between deceased users of anabolic androgenic steroids and abusers of illicit drugs." *Forensic Sci Int* 173(1): 57-63.
- Klotz, F., Petersson, A., Hoffman, O., Thiblin, I. (2009). The significance of misuse of anabolic androgenic steroids among convicted men in a Swedish prison. I press *Compr Psychiatr*
- Lundholm, L., Käll, K., Wallin, S., Thiblin, I. (2010). Use of anabolic androgenic steroids in substance abusers arrested for crime. *Drug Alcohol Depend* 111 (3): 222-26.
- Moberg, T., Hermansson, G. (2006). *Mandom, mod och morske män. Anabola-androgena steroider – medicinskt, rättsligt och socialt*. Göteborg: Mediahuset.
- Petersson, A., Garle, M. et al. (2006). "Morbidity and mortality in patients testing positively for the presence of anabolic androgenic steroids in connection with receiving medical care. A controlled retrospective cohort study." *Drug Alcohol Depend* 81(3): 215-20.
- Petersson, A., Klotz, F., Bengtsson, J., Voltaire-Carlsson, A., Granth, F., Thiblin, I. (2010). Substance abusers' motives for using anabolic androgenic steroids. *Drug Alcohol Depend* 111(1-2): 170-72.

- Simon, P., Striegel, H. et al. (2006). "Doping in fitness sports: estimated number of unreported cases and individual probability of doping." *Addiction* 101(11): 1640-4.
- Sjoqvist, F., Garle M., et al. (2008). "Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society." *Lancet* 371(9627): 1872-82.
- Skårberg, K. och Engström I. (2007). "Troubled social background of male anabolic-androgenic steroid abusers in treatment." *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2: 20.
- Striegel, H., Ulrich, R. et al. (2009). "Randomized response estimates for doping and illicit drug use in elite athletes." *Drug Alcohol Depend*
- Thiblin, I. och Petersson, A. (2005). "Pharmacoepidemiology of anabolic androgenic steroids: a review." *Fundam Clin Pharmacol* 19(1): 27-44.

6 En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index

Bengt-Åke Armelius, professor emeritus

Kerstin Armelius, professor emerita

Institutet för klinisk psykologi i Umeå AB

Sammanfattning

Studien bygger på 14 000 grundintervjuer och 3 000 uppföljningsintervjuer med klienter vid 50 olika enheter för missbruksvård i Sverige, som har intervjuats med ASI-intervjun. Intervjuarskattningar av problem visar att problemen är störst med alkohol, följt av problem med psykisk hälsa, narkotika, arbete/försörjning, familj/umgänge, fysisk hälsa och kriminalitet. Dominerande problemdrog är alkohol (57 procent), narkotika (37 procent) och båda (6 procent). Indikationer på tungt missbruk och svår psykisk störning togs fram för ASI-data och enligt dessa uppvisar 17 procent av klienterna tungt narkotikamissbruk, 13 procent tungt alkoholmissbruk och 2 procent både tungt narkotika- och tungt alkoholmissbruk. Svår psykisk störning indikeras av 28 procent av klienterna.

Skillnader mellan män och kvinnor är små. Yngre missbrukare har en betydligt sämre social situation, mer narkotikaproblem och mer problem med psykisk hälsa. Klienterna har delats in i tre åtskilda men homogena problemprofiler. En knapp tredjedel av klienterna har fått behandling för sitt missbruk någon gång medan drygt hälften har fått behandling i psykiatrin. Behandling för alkoholproblem är något vanligare för män, medan behandling för psykiska problem är vanligare för kvinnor. Klienter med tungt missbruk eller svår psykisk störning har fått behandling oftare än andra.

Drygt 20 procent av klienterna har följts upp efter ca ett år. Störst förbättring sker inom alkohol där nästan hälften av klienterna uppvisar en reliabel förbättring. Inom psykisk hälsa är det drygt 40 procent och inom narkotika drygt 30 procent som förbättras.

6.1 ASI-databasen

De data som används i denna rapport är identiska med de data som togs fram i ett forskningsprojekt (Armelius, et al., 2009) och omfattar ASI-intervjuer inmatade i den nätbaserade databasen ASI-08 fram till och med oktober 2008. Databasen innehåller så gott som alla inmatade intervjuer fram till den tidpunkten och kallas därför fortsättningsvis ASI-08. I ASI-databasen ingår 49 kommunala enheter och två privata företag. På enhetsnivå visar en jämförelse med studien av Abrahamson och Tryggvesson (2007) att ASI-databasen har en viss överrepresentation av enheter från två av våra storstäder (Stockholm och Malmö) och en jämförelse på individnivå (Statistisk Årsbok, 2008) visar att ASI-databasen är mest representativ för personer boende i större kommuner i Sverige.

För att begränsa mängden information har vi i denna rapport valt att huvudsakligen använda oss av intervjuarskattningen för att visa bedömning av problem och hjälpbehov från intervjuerna. En anledning är att intervjuarskattningarna uppvisar störst variation och i den meningen är mest känsliga för att återspegla skillnader, en annan är att intervjuarskattningen korrelerar väldigt högt ($r =$ cirka .70) med andra tänkbara utfallsmått, främst klientens skattningar av antalet dagar med problem under de sista 30 dagarna, skattning av oro och besvär samt skattning av hjälpbehov. I en metodrapport (Armelius & Armelius, 2010a) beskrivs hur vi hanterat olika problem med skalan för intervjuarskattningar i ASI och där framgår att resultaten blir desamma om man i stället använder ett matematiskt sammansatt index, s.k. composite score. Jämförelser mellan grupper har gjorts med hjälp av olika statistiska test, men med många deltagare blir även mycket små skillnader signifikanta, vilket man måste beakta när man tolkar resultaten. Jämförelser mellan grupper har gjorts med både parametriska och icke-parametriska test, vilket nästan alltid gett samma resultat. Vid signifikanta resultat används generellt en procents signifikansnivå, $p < .01$. Någon gång kan andra p-värden förekomma, vilket då skrivs ut i texten. Antalet klienter som ingår i olika jämförelser och analyser varierar beroende på internt bortfall på enskilda variabler. Därför anges oftast hur många klienter som ingår i jämförelserna.

6.2 Granskning av kvalitet och representativitet i den kliniska databasen ASI-08

För en mer utförlig beskrivning av arbetet med kvalitetsgranskning av databasen hänvisas till Armelius & Armelius (2010a). Här ges endast en kort sammanfattning.

Totalt fanns 16 239 grundintervjuer att utgå från. Antal inmatade intervjuer är inte detsamma som antalet klienter i databasen, t.ex. kan samma klient förekomma flera gånger med mer eller mindre fullständiga inmatningar. Intervjuer som exkluderades utgjordes av ofullständiga inmatningar och av dubbel/trippelinmatningar av samma klient. Slutligen kom databasen att omfatta 140 790 inmatade grundintervjuer för lika många klienter, dvs. 13 procent av de inmatade intervjuerna exkluderades. På samma sätt exkluderades 6 procent av inmatade uppföljningsintervjuer, vilket innebär att underlaget består av 4 110 uppföljningsintervjuer för lika många klienter. Analyserna av dessa data redovisas i två delar: en kartläggande del där grundintervjuerna används för att beskriva och jämföra olika grupper av klienter och en del där uppföljningsintervjuerna används för att beskriva förändring i missbruk och problem hos klienterna.

En fråga som missbruksutredningen ställt gäller en bedömning av vad som skulle behövas (på olika nivåer; deltagande enheter, inmatningsregim, kontrollfunktioner, återföring/validering mot inmataren etc.) för att inför framtiden göra databasen mer tillförlitlig och användbar för nationell uppföljning och styrning. Denna del redovisas inte i denna rapport, men det står helt klart att man för detta ändamål måste lösa en rad problem varav det största problemet är att det helt saknas rutiner för aggregering av data, vilket innebär att det inte sker någon kvalitetskontroll baserad på avvikande data, outliers, inkonsistenser etc. Detta är förmodligen något som måste skötas av forskarutbildade personer med kunskap om hur data av denna typ kan hanteras för att besvara relevanta frågeställningar.

6.3 Del 1: Kartläggning baserad på grundintervjun: Jämförelser och analyser

Indelning av boendeorter baseras på en fråga i ASI-intervjun, där ort med mer än 100 000 invånare kallas storstad. Här ingår förutom Malmö och Stockholm, Linköping, Norrköping, Umeå, Västerås

och Örebro. Ort med mellan 10 000 och 100 000 invånare kallas mellanstor ort och ort med mindre än 10 000 invånare kallas landsbygd. Dominerande drog är intervjuarens bedömning, baserad på klientens svar på en fråga i ASI om vilket/vilka medel (alkohol/olika droger) som är det största problemet för klienten. Vissa uppgifter i resultaten kommer endast från ASI-2006 med drygt 3 000 klienter eller cirka 23 procent av samtliga klienter i ASI-08. När så är fallet anges detta i texten. Uppgift om huvudman och initiativ till intervjun finns bara i ASI.2006. Där har majoriteten av klienterna, 63 procent uppgett att de kommit på eget initiativ, och för 20 procent har initiativet kommit från en myndighet. För majoriteten, 61 procent, är kommunen huvudman, för 31 procent är privat företag huvudman, och för övriga klienter är SiS, landsting eller annat ej specificerat huvudman. Eftersom uppgift om huvudman saknas för närmare 70 procent av klienterna har vi inte kunnat redovisa resultat för klienter i ASI-databasen uppdelade på olika huvudmän. De privata företagen kan också ha olika uppdragsgivare, som t.ex. socialtjänsten, landsting och olika företag, vilket ytterligare försvårar jämförelser för klienter med olika huvudmän.

6.3.1 Alla klienter och män och kvinnor

I tabell 1 visas ett antal bakgrundsvariabler för män och kvinnor separat och för alla klienter. När inte annat anges gäller uppgifterna de senaste 30 dagarna. Utförliga normtabeller återfinns i slutrapporten från forskningsprojektet (Armeliuss, et al., 2009).

Tabell 1 Bakgrundsuppgifter i % för män och kvinnor och totalt

Område	Män	Kvinnor	Totalt
<i>Utlandsfödd</i>	18	14	16
<i>Ålder (medelvärde)</i>	40	40	40
<i>Boendeort</i>			
Storstad	65	65	65
Mellanstor stad	28	27	28
Landsbygd	7	7	7
<i>Utbildning*</i>			
Ej avslutad grundskola	7	6	6
Grundskola	35	32	34
Gymnasium	44	42	44
Högskola/universitet	14	21	16
<i>Boende</i>			
Egen lägenhet	57	72	62
Bostadslös	10	5	8
<i>Civilstånd</i>			
Ensamstående**	74	69	73
<i>Försörjning</i>			
Arbete heltid/regb.deltid***	46	44	45
Arbete någon dag (30 dagar)	29	29	29
Försäkringskassa (30 dagar)	28	40	31
Socialbidrag (30 dagar)	35	29	33
a-kassa (30 dagar)	7	6	6
<i>Kriminalitet (30 dagar)</i>			
Villkorligt frigiven	16	6	13
Olaglig verksamhet med syfte att skaffa pengar	12	7	10
Fysisk misshandel (30 dagar)	2	5	3
Fysisk misshandel tidigare	27	52	35
Totalt antal	9 603	4 290	14 079

*baseras enbart på version 2 ** både de som tidigare varit gifta/sambo och de som alltid varit ensamstående

***senaste 3 åren

Majoriteten är män (69 procent), svenska medborgare, ensamstående/frånskilda och bor i egen lägenhet i en storstad. Medelålder för samtliga klienter är 40 år (12–81 år). Uppgifter för de senaste 30 dagarna visar att en knapp tredjedel har försörjning med socialbidrag och lika många har försörjning från försäkringskassan (inklud-

erat ålderspension). Nästan hälften, 45 procent uppger att de regelbundet haft heltidsarbete eller deltidsarbete de senaste 3 åren. En liten andel, 10 procent, har de senaste 30 dagarna ägnat sig åt olaglig verksamhet i syfte att skaffa pengar och något fler, 13 procent, är villkorligt frigivna eller har frivårdspåföljd.

Män och kvinnor skiljer sig inte i ålder, boendeort, arbete de senaste 30 dagarna och a-kassa. 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 män. 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 (se Armelius & Armelius, 2010b för en mer utförlig beskrivning).

Det är svårt att jämföra våra resultat med resultat från andra studier beroende på skillnader i tidpunkt när data samlades in och var klienterna kommer ifrån både när det gäller boende och huvudman/enheter. Vi har gjort vissa jämförelser med statistik från IKMDOKs data (IKM-DOK, 2008), där 2 500 klienter från olika enheter med olika huvudmän ingår och med en studie av Eriksson, Palm och Storbjörk (2003) med närmare 1 000 klienter från socialtjänsten i Stockholms län för åren 2001–2002. Båda studierna jämförde också män och kvinnor. Jämförelsen visar att klienterna i ASI-08 i många avseenden liknar klienterna i dessa studier. Andel män och kvinnor och ålder är relativt lika i samtliga studier och en majoritet av klienterna är ensamstående och bor i egen lägenhet. Andel bostadslösa klienter är högst i Stockholmsstudien, vilket kan bero både på att det är ett storstadsfenomen att sakna bostad och på att det i den studien ingick en enhet med just bostadslösa klienter. Försörjning är svårt att jämföra mellan studier eftersom det inte gäller samma tidsperiod i alla studier och inte heller samma frågor om arbete. IKMDOK frågar efter arbete de senaste 6 månaderna och redovisar att närmare 25 procent har försörjt sig med lön, medan det i Stockholmsstudien vid intervjutillfället var 15 procent som arbetade, jämfört med 29 procent i ASI-08 som har arbetat åtminstone någon dag av de senaste 30 dagarna. Samtliga studier redovisar små och liknande skillnader i bakgrundsvariabler mellan män och kvinnor.

Tabell 2 Droger och hälsa/ohälsa i procent för män och kvinnor och för alla klienter

Område	Män	Kvinnor	Totalt
<i>Drogproblem intervjuarskattning > 1</i>			
Alkohol	70	70	71
Narkotika	50	43	48
Inget	8	11	9
Båda	28	23	26
<i>Dominerande drog</i>			
Alkohol	51	53	51
Narkotika	38	33	37
Båda	6	6	6
Inget	6	9	7
Injicerat 6 mån	18	14	17
<i>Behandling någon gång</i>			
Alkohol	36	33	34
Narkotika	28	25	27
<i>Fysisk hälsa</i>			
Kroppslig sjukdom/skada	49	52	49
Läkarvård 6 mån	36	44	39
Sjukersättning	9	12	10
Medicin	24	35	29
Sjukhusvård* någon gång	77	76	77
<i>Psyisk hälsa</i>			
Sjukersättning	9	14	11
Psykiatrisk vård någon gång	46	65	52
Medicin	6	11	8
Depression	29	32	30
Ångest	40	48	42
Koncentrationsproblem	41	46	43
Våldsamt beteende	10	9	10
Hallucinationer	5	4	5
Suicidtankar	12	15	13
Suicidförsök tidigare	23	36	27
Totalt antal	9 603	4 290	14 079

*inkluderar överdos och delirium men ej abstinensbehandling

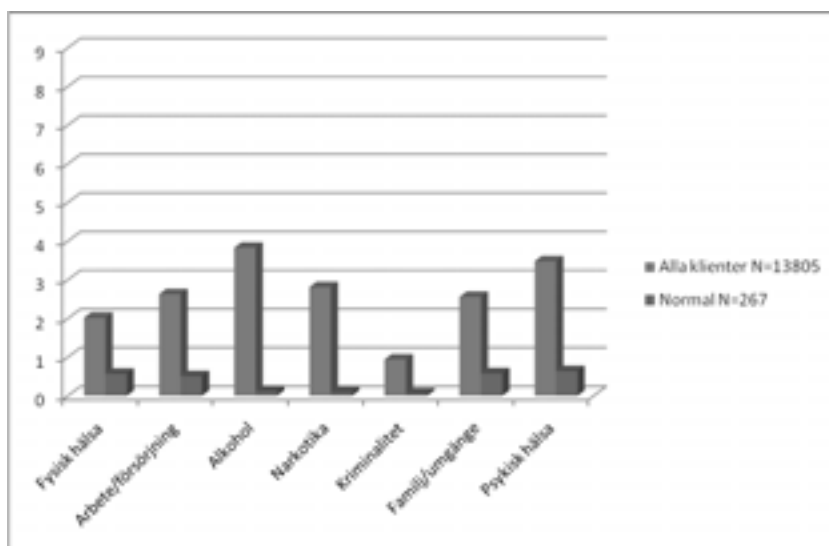
En sammanställning av dominerande drog och områdena fysisk och psykisk hälsa för män och kvinnor och för alla klienter visas i tabell 2. Uppgifter om drogproblem baseras på intervjuarskattningar och anger hur stor andel av klienterna som har bedömts vara problemfria (skattning 0 eller 1) och hur många som har åtminstone ett litet problem eller mer (skattning 2 eller högre). Behandling för alkohol- och narkotikaproblem baseras på frågan om hur många gånger man deltagit i öppen- eller slutenvård för alkohol och narkotikaproblem och anger andel som deltagit i sådan behandling någon gång. Detsamma gäller för behandling av fysiska och psykiska problem. Övriga uppgifter gäller de senaste 30 dagarna om inte annat anges. Skattning av psykiska symtom gäller allvarliga symtom som varat minst två veckor de senaste 30 dagarna och symtomen ska inte vara direkt relaterade till missbruk. Skattning av våldsamt beteende, suicidtankar och suicidförsök gäller dock kortare tidsperioder än två veckor och även i relation till missbruk.

Intervjuarskattningar med 2 eller högre visar att en klar majoritet av klienterna har ett litet problem/hjälpbehov eller mer med alkohol och cirka 50 procent med narkotika och cirka en fjärdedel har problem med båda med denna definition. När klienter får bedöma vilken drog som är dominerande problem är detta alkohol för hälften av klienterna och narkotika för 37 procent och en liten andel har uppgett att det är både alkohol och narkotika som är problemdroger. Detta visar att många klienter har problem med både alkohol och narkotika även om endera drogen bedöms vara det dominerande missbruksproblemet. Cirka en tredjedel har fått behandling tidigare för alkoholproblem och något färre har fått behandling för narkotikaproblem. Hälften har kroniska besvär med sin fysiska hälsa och närmare en tredjedel tar medicin för somatiska besvär. På frågor om speciella psykiska symtom är det många som de senaste 30 dagarna upplevt icke drogrelaterat: allvarlig ångest (42 procent), allvarlig depression (30 procent), koncentrationsproblem-svårigheter att förstå-minnas (43 procent). Det är mer ovanligt att man haft svårigheter att kontrollera våldsamt beteende (10 procent) eller upplevt hallucinationer (5 procent). Hälften har tidigare fått behandling för psykiska besvär.

En något större andel av männen jämfört med kvinnorna har narkotika som dominerande problemdrog och har injicerat det senaste 6 månaderna och har fått behandling för både alkohol och narkotikaproblem någon gång. Långvarig kroppslig skada/sjukdom är ganska lika för män och kvinnor men det är vanligare att kvinnor

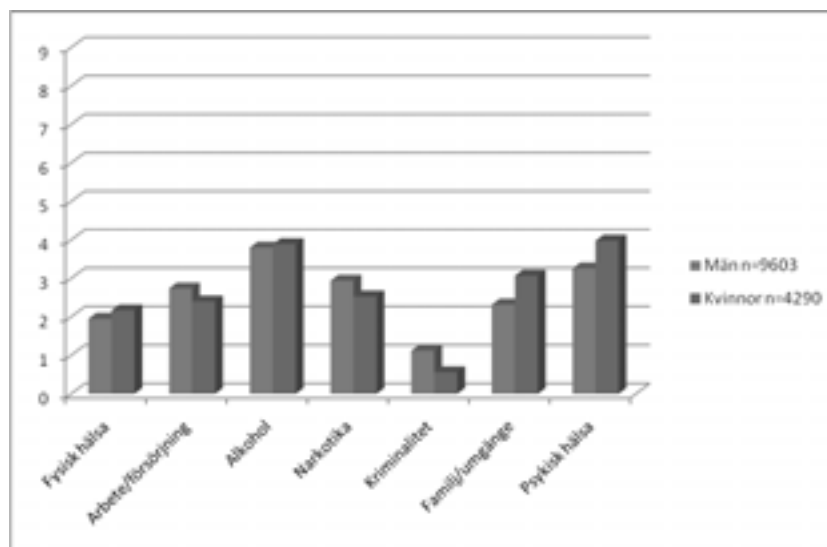
fått läkarvård de senaste 6 månaderna och att de är ordinerade att regelbundet ta läkemedel för fysiska besvär. I ASI-08 är det svårt att få uppgift om vilka specifika somatiska problem som klienterna har. I version 2 frågas efter om man har hepatit B och C och svaren visar att för både män och kvinnor är hepatit B mycket ovanligt, cirka 3 procent, medan 22 procent av männen och 19 procent av kvinnorna har svarat att man har hepatit C. Området psykisk hälsa/ohälsa skiljer mest mellan män och kvinnor. Generellt gäller att en större andel av kvinnorna de senaste 30 dagarna har upplevt olika psykiska symtom med undantag för svårigheter att kontrollera våldsamt beteende och hallucinationer. En större andel av de kvinnliga klienterna har också gjort tidigare suicidförsök men siffran är hög också för manliga klienter. Det är en stor skillnad mellan män och kvinnor i behandling för psykiska besvär. En mycket större andel av de kvinnliga klienterna än de manliga har sjukersättning och medicin och har fått behandling i psykiatri för sina psykiska besvär. Intervjuarskattningar för olika problemområden för samtliga klienter visas i figur 1. I figuren har värden för en normalgrupp också lagts in (Armeliuss, et al., 2009).

Figur 1 Intervjuarskattningar för olika problemområden för samtliga klienter



Intervjuarskattningarna visar att klienterna bedöms ha störst problem med alkohol följt av problem med psykisk hälsa. Problem med narkotika och arbete/försörjning och familj/umgänge bedöms också vara relativt stora medan problem med fysisk hälsa bedöms ligga lägre och problem med kriminalitet bedöms vara lägst. Värden för normalgruppen visar att klienterna har avsevärda problem inom samtliga områden i jämförelse med en normalgrupp. Intervjuarskattningar för olika problemområden för män och kvinnor visas i figur 2.

Figur 2 Intervjuarskattningar för olika problemområden för män och kvinnor



Män och kvinnor skiljer sig åt i alla problemområden utom alkohol, där intervjuarna skattat att problemen är lika stora. Männen har skattats ha mer problem/hjälpbehov med arbete/försörjning, narkotika och med kriminalitet, medan kvinnorna har skattats ha mer problem/hjälpbehov med fysisk och psykisk hälsa samt med familj/umgänge. Skillnaderna har testats med MANCOVA¹ med ålder som kovariat. Om man jämför uppgifterna i tabell 1 och 2 med intervjuarskattningarna finns det två områden som man kan

¹ Covariansanalys är en statistisk metod där man låter en variabel fungera som kontroll av varians i en annan variabel inför en beräkning. MANCOVA innebär att man gör flera analyser samtidigt för att minska effekten av beroendet mellan analyser.

notera. Manliga klienter bedöms ha mer problem med arbete/försörjning trots att män och kvinnor arbetar lika mycket och kvinnliga klienter bedöms ha mer problem/behov av hjälp för sina fysiska besvär trots att fysiska besvär verkar vara lika vanligt för män och kvinnor. Dessa skillnader mellan bedömning av problem/behov av hjälp och bakgrundsfakta kan vara uttryck för vanliga könsstereotyper.

Sammanfattningsvis är det vissa skillnader i bakgrund mellan män och kvinnor. Kvinnor verkar ha en bättre materiell situation än män. De bor bättre än män, är sambo/gift och försörjer sig mer med pengar från försäkringskassan, medan män försörjer sig mer med socialbidrag och är mer inblandade i kriminalitet. Trots att problem med alkohol är lika vanligt för män och kvinnor har en något större andel av männen fått behandling för detta. Fast kvinnor och män inte är så olika när det gäller fysisk hälsa har en större andel av de kvinnliga klienterna fått behandling för sina fysiska besvär jämfört med männen. Kvinnor har en sämre psykisk hälsa än män och får mycket mer behandling för dessa besvär, men skillnaden i behandling för psykiska besvär verkar vara större än vad som motsvarar skillnaden i besvär. Skillnaden i behandling mellan män och kvinnor kan tyda på att män har lättare att få behandling eller söker mer vård för alkoholmissbruk, medan kvinnor verkar ha lättare att få behandling eller söker mer vård för både somatiska och psykiska besvär än män.

6.3.2 Ålder

Tre åldersgrupper med ungefär lika antal i varje grupp jämförs; upp t.o.m. 33 år, 34–47 år och över 47 år. Andel män och kvinnor är lika i de olika åldersgrupperna. I tabell 3 nedan visas bakgrundsuppgifter för de tre åldersgrupperna.

Tabell 3 Bakgrundsuppgifter i procent för olika åldersgrupper

Område	T.o.m. 33 år	34 till 47 år	48 år och över
<i>Utlandsfödd</i>	16	18	16
<i>Män</i>	69	68	69
<i>Boendeort</i>			
Storstad	63	66	67
Mellanstor stad	31	27	25
Landsbygd	6	7	8
<i>Boende</i>			
Egen lägenhet	46	64	75
Bostadslös	8	9	7
<i>Civilstånd</i>			
Ensamstående*	79	71	67
<i>Utbildning</i>			
Ej avslutad grundskola	8	7	5
Avslutad grundskola	40	29	32
Gymnasium	45	46	40
Högskola/universitet	7	18	23
<i>Försörjning</i>			
Socialbidrag	44	34	21
Försäkringskassa	15	31	49
Arbete heltid/regb.deltid**	38	49	48
Arbete (30 dagar)	26	30	30
<i>Kriminalitet</i>			
Villkorligt frigiven	20	13	6
Olaglig verksamhet i syfte att skaffa pengar	18	9	3
Totalt antal	4 755	4 437	4 674

*både de som tidigare varit gifta/sambo och de som alltid varit ensamstående **senaste 3 åren

Det är stora skillnader mellan de olika åldersgrupperna i flera bakgrundsvARIABLER. Klienter i den äldsta gruppen är bäst utbildade, en större andel bor i egen lägenhet, försörjer sig med arbete och med pengar från försäkringskassan. En större andel i den yngsta gruppen bor i storstad, är ensamstående, försörjer sig med socialbidrag och är inblandade i kriminalitet.

I tabell 4 nedan visas resultat för droger samt fysisk och psykisk hälsa för de tre åldersgrupperna. Behandling för alkohol- och nar-

kotikaproblem baseras på frågan om hur många gånger man deltagit i öppen- och slutenvård för alkohol och narkotikaproblem och anger om man deltagit åtminstone någon gång. Detsamma gäller frågorna om behandling för fysiska och psykiska problem. Om inte annat anges gäller övriga uppgifter de senaste 30 dagarna.

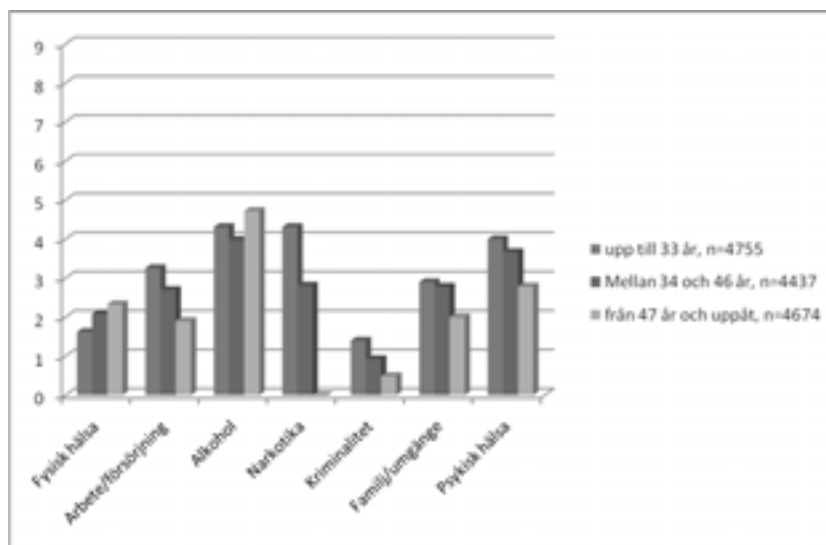
Tabell 4 Droger och hälsa/ohälsa i procent bland klienter i olika åldrar

Område	-33 år	34-47 år	48 år -
<i>Dominerande drog</i>			
Alkohol	24	53	77
Narkotika	60	35	14
Båda	7	7	4
Injicerat 6 mån	24	18	6
<i>Behandling alkohol/narkotika någon gång</i>			
Alkohol	16	37	52
Narkotika	39	29	14
Medicin	7	7	8
<i>Fysisk hälsa</i>			
Kroppslig sjukdom/skada	39	50	59
Läkarvård 6 mån	34	37	45
Sjukersättning	2	8	20
Medicin	16	28	44
Sjukhusvård någon gång	71	77	83
<i>Psykisk hälsa</i>			
Sjukersättning	5	13	13
Psykiatrivård någon gång	55	54	45
Medicin	7	8	8
Depression	35	32	24
Ångest	48	45	34
Koncentrationsproblem	53	43	33
Våldsamt beteende	16	9	4
Hallucinationer	7	4	2
Suicidtankar	15	14	10
Suicidförsök tidigare	29	30	21
Totalt antal	4 755	4 437	4 674

Alkohol som dominerande drog är vanligare med ökad ålder medan narkotika är ovanligare. Behandling för missbruk följer domin-

erande drog där en större andel i den äldsta gruppen jämfört med de yngre grupperna fått behandling för alkoholmissbruk och tvärtom för narkotikamissbruk. I den äldsta gruppen är fysisk hälsa inte oväntat sämst och en stor majoritet i den gruppen har långvarig kroppslig skada/ sjukdom, en femtedel har sjukersättning och mer än en fjärdedel är ordinerad regelbunden medicin för detta. Nästan alla i gruppen har någon gång varit inlagd på sjukhus för kroppsliga skador/sjukdom. Mer anmärkningsvärt är kanske att så stor andel i den yngsta gruppen också har långvarig kroppslig skada/sjukdom och har varit inlagd på sjukhus för detta. Psykisk hälsa är sämst i den yngsta åldersgruppen, där en större andel, framför allt jämfört med den äldsta gruppen, de senaste 30 dagarna (ej drogrelaterat) har upplevt allvarlig depression, allvarlig ångest, koncentrations-svårigheter, haft problem med att kontrollera våldsamt beteende (kan vara drogrelaterat) och upplevt hallucinationer. Det är också vanligare att yngre klienter tidigare gjort suicidförsök. Behandling för psykiska besvär skiljer också något mellan åldersgrupperna och drygt hälften i de två yngsta grupperna har någon gång fått behandling i psykiatri för psykiska besvär jämfört med knappt hälften i den äldsta gruppen. Sjukersättning för psykiska besvär är däremot ovanligast i den yngsta gruppen. Intervjuarskattningar för olika problemområden för åldersgrupper visas i figur 3.

Figur 3 Intervjuarskattningar inom olika problemområden för olika åldersgrupper



Det är signifikanta skillnader mellan åldersgrupper för alla problemområden. Problem med fysisk hälsa ökar inte oväntat med ålder. Det gör även problem med alkohol medan problem för övriga områden minskar med ökad ålder.

6.3.3 Kön och ålder

Eftersom det verkar vara större skillnad mellan åldersgrupper än mellan män och kvinnor undersöktes närmare eventuella interaktioner mellan ålder och kön med en 3 (åldersgrupp) x 2 (kön) MANOVA². Huvudeffekter av åldersgrupper och kön var desamma som i de separata analyserna som redovisats ovan. Det var signifikanta interaktioner mellan ålder och kön för fyra problemområden: fysisk hälsa, alkohol, kriminalitet, och familj/umgänge. Interaktionerna visar att för män ökar problem med alkohol och fysisk hälsa med stegvist ökad ålder medan kvinnor får ökade problem med fysisk hälsa och alkohol redan efter 33 år och problemen är sedan lika höga i de båda äldre grupperna. Man skulle kunna säga att kvinnorna får problem tidigare än män med alkohol och fysisk hälsa. För män minskar problem med kriminalitet med ökad ålder medan kvinnors problem med kriminalitet också minskar med ökad ålder, men inte lika starkt, förmodligen beroende på att kvinnor initialt har så lite problem med kriminalitet. Problem med familj/umgänge minskar för män enbart i den äldsta gruppen medan det för kvinnor minskar stegvis för varje åldersgrupp. Mönstret för problem i olika åldersgrupper är ganska lika för män och kvinnor men som interaktionerna visar finns det vissa små skillnader mellan könen för hur problemen är relaterade till ålder. Särskilt kan problem/hjälpbehov med fysisk hälsa lyftas fram där resultaten kan tolkas som att kvinnors fysiska hälsa tidigare påverkas negativt av missbruk jämfört med män.

Till sist testades en explorativ medieringsmodell (Howell, 2007) för sambandet mellan ålder och narkotikaproblem med psykiska problem som mediator. I en medieringsmodell undersöker man om ett samband mellan två variabler minskar eller försvinner när man statistiskt kontrollerar för den bakomliggande mediatorvariabeln.

² Statistisk metod som undersöker hur flera utfallsvariabler som hänger ihop med varandra kan relateras till ett antal kategoriska variabler som kan kombineras med varandra.

Frågan som testas är om sambandet mellan ålder och missbruksproblem kan bero på psykiska problem. Med ökad ålder minskar både narkotikaproblem ($r = -.42$) och psykiska problem ($r = -.20$). När man kontrollerar för psykiska problem är sambandet mellan ålder och narkotikaproblem fortfarande signifikant och minskar endast marginellt (från $-.42$ till $-.37$), vilket tyder på att sambandet mellan ålder och narkotikaproblem inte kan prediceras av att yngre har mer psykiska problem än äldre. Detta tyder på att förklaringar till att yngre har mer problem med narkotika får sökas i andra faktorer än klienternas psykisk hälsa/ohälsa. Vi gjorde också samma analyser med övriga problemområden som mediator till sambanden mellan ålder och narkotikamissbruk, men inga resultat visade att det fanns någon medieringseffekt.

Resultaten för kön och ålder visar att den yngsta gruppen har en sämre situation på många sätt jämfört med framför allt den äldsta gruppen. Gruppen yngre missbrukare har sämre utbildning, står utanför arbetsmarknaden och det sociala skydds nätet och har mycket sämre psykisk hälsa jämfört med äldre missbrukare. Vissa av dessa skillnader är sannolikt relaterat till att narkotika är den vanligaste drogen i den yngsta gruppen. Medieringsanalyser visade att samband mellan ålder och narkotikamissbruk inte kan relateras till olikheter mellan klienter i vare sig psykisk hälsa/ohälsa eller problem i andra områden.

6.3.4 Tungt missbruk

Narkotika

Olika författare verkar relativt överens om att definiera tungt narkotikamissbruk som: "allt missbruk av narkotika, där injektion förekommit samt allt övrigt dagligt eller så gott som dagligt missbruk av narkotika" (CAN, 2008). I ASI frågas efter antal gånger man injicerat både de senaste 6 månaderna och antal dagar de senaste 30 dagarna. Bruk av 11 olika preparat frågas efter för antal dagar de senaste 30 dagarna. I tabell 5 visas antal och procentuell andel av alla klienter som använt olika preparat någon dag eller mer de senaste 30 dagarna för samtliga klienter uppdelat på män och kvinnor.

Tabell 5 **Bruk av olika preparat någon dag eller mer de senaste 30 dagarna för samtliga klienter samt för män och kvinnor separat. Antal och andel i procent**

Preparat	Antal totalt	% totalt	Antal män	% män	Antal kvinnor	% kvinnor
Heroin	973	7	739	8	229	5
Metadon	334	2	249	3	85	2
Subutex*	264	2	206	2	58	1
Andra opiater	1 321	10	864	9	450	10
Lugnande	2 687	19	1 753	18	887	21
Kokain	973	3	309	3	109	2
Amfetamin	1 859	13	999	13	559	13
Cannabis	2 502	18	1 688	21	493	11
Andra droger	458	3	333	3	121	3

*finns bara i ASI-2006

Bruk av hallucinogener, ecstasy och lösningsmedel frågas också efter i ASI men detta har de senaste 30 dagarna använts endast av enstaka individer och då endast några dagar. Vanligaste drogerna är lugnande, cannabis, amfetamin och andra opiater. Våra siffror stämmer ganska väl med studien av Eriksson, Palm och Storbjörk (2003) som nämnts tidigare. Resultaten var i den studien för cannabis 20 procent, amfetamin 14 procent och heroin 10 procent. Våra resultat avviker när det gäller lugnande preparat som i den studien användes av en mindre andel klienter, 14 procent jämfört med 19 procent. Den största skillnaden mellan män och kvinnor är bruk av cannabis som är mycket vanligare för män medan lugnande preparat är något vanligare för kvinnor.

Ordination och bruk/missbruk av läkemedelspreparat. I ASI-2006 frågas om ett preparat är ordinerat och om ordinationen i så fall följts. Vi har analyserat hur stor andel av de klienter som uppger att de brukar legala preparat (Subutex, lugnande och andra opiater) som har fått preparatet ordinerat och som följer ordinationen. Av de 264 klienter som i ASI-2006 uppgett att de använder Subutex har cirka 20 procent (n=54) fått Subutex ordinerat och av dessa 54 klienter följer alla utom en ordinationen. Det betyder att 80 procent av de som använder Subutex inte fått det ordinerat. Av de 345 klienter som uppger att de använder andra opiater uppger nästan hälften (47 procent, n=161) att de fått det ordinerat och av dessa 161 klienter uppger 75 procent (n=121) att de följer ordinationen. Det

betyder att drygt 60 procent av de som brukar andra opiater inte fått det ordinerat eller inte följer ordinationen. Av de 716 klienter som uppger att man brukar lugnande preparat har drygt hälften (54 procent, n=383) fått det ordinerat och av dessa 383 klienter uppger 87 procent (n=303) att man följer ordinationen. Det betyder att nästan 60 procent av de som brukar lugnande preparat inte fått det ordinerat eller inte följer ordinationen.

Vi har också analyserat hur bruk av läkemedelspreparat kombineras med andra droger. Klienter som använder Subutex använder också heroin 34 procent (n=90), amfetamin 29 procent (n=76) och cannabis 45 procent (n=118). Av de 54 klienter som fått Subutex ordinerat är bruk av andra droger mer ovanligt; heroin 17 procent (n=11), amfetamin 16 procent (n=10) och cannabis 11 procent (n=7). Klienter som använder lugnande preparat använder också heroin 21 procent (n=550), amfetamin 31 procent (n=807) och cannabis 38 procent (n=1011). Bruk av andra droger är också mer ovanligt bland de klienter som fått lugnande preparat ordinerat; heroin 5 procent (n=24), amfetamin 10 procent (n=44) och cannabis 12 procent (n=56). Klienter som använder andra opiater använder också heroin 24 procent (n=312), amfetamin 28 procent (n=367) och cannabis 39 procent (n=511). Bruk av andra droger är mer ovanligt för de klienter som fått andra opiater ordinerat; heroin 6 procent (n=16), amfetamin 12 procent (n=32) och cannabis 21 procent (n=54). Det är uppenbart att de som fått droger ordinerat missbrukar andra droger i mindre utsträckning än de som inte fått det ordinerat.

Sammanfattningsvis är kombinationer av droger och läkemedelspreparat vanligt. Cannabis är den drog som är vanligast i kombination med läkemedelspreparat och mellan 38 procent och 45 procent av brukare/missbrukare av läkemedelspreparat använder också cannabis. Men det är också relativt vanligt att kombinera amfetamin med läkemedelspreparat, 28 procent till 31 procent. Även bland de klienter som har fått läkemedelspreparat ordinerade förekommer kombinationer med droger men andelen sjunker. Cannabis är vanligast också i detta sammanhang och kombineras med ordinerade preparat från mellan 11 procent (Subutex) till 21 procent (andra opiater).

Eftersom inte alla droger injiceras har vi i vår definition av tungt narkotikamissbruk utgått från bruk de senaste 30 dagarna och definierat indikation på tungt narkotikamissbruk med ASI, enligt definitionen i CAN-rapporten som nämns ovan. Indikation på

tungt narkotikamissbruk definieras som bruk av något av de preparat som frågas efter i ASI alla eller nästan alla av de senaste 30 dagarna, med cut-off satt till fler än 24 dagar. Fortsättningsvis benämns indikation på tungt narkotikamissbruk endast som tungt narkotikamissbruk. Med den definitionen av tungt narkotikamissbruk har 17 procent (n=2291) av klienterna ett tungt narkotikamissbruk. Det är ovanligt med ett tungt missbruk av fler än ett preparat, vilket gäller för endast 3 procent av klienterna. Det är svårt att få en entydig siffra vår andel för tungt missbruk att jämföra med. Flera källor anger tunga missbrukare till cirka 25 000 men det är oklart av hur många (CAN, 2008; SOU, 2005). Om man utgår från CAN-rapporten (2008), anges där att cirka 1 procent i den vuxna befolkningen uppgett att man brukat droger de senaste 2 månaderna och 2 procent för cannabis. Det skulle motsvara mellan knappt 90 000 – till knappt 180 000 (bruk av cannabis) som ”miss”brukar narkotika i Sverige. Om 25 000 av dessa är tunga missbrukare skulle knappt 14 procent till knappt 28 procent (bruk av cannabis) vara tunga missbrukare. Detta kan jämföras med vår uppskattning på 17 procent tunga missbrukare, som alltså inte verkar alltför orimlig.

Alkohol

Tungt alkoholmissbruk har ingen enhetlig definition på samma sätt som tungt drogmissbruk (SOU, 2005; CAN, 2008; Fridell et al., 2009). Det finns kriterier för vad som är en mycket hög konsumtion av alkohol, vilket anges till alkohol motsvarande minst 3 till 4 flaskor vin per vecka (Fridell et al., 2009). I ASI frågas efter antal dagar som alkohol har använts till berusning de senaste 30 dagarna, definierat som drygt en flaska vin per dag åtminstone tre dagar per vecka, dvs. drygt 3 flaskor vin per vecka, vilket skulle motsvara kriteriet för en mycket hög alkoholkonsumtion de senaste 30 dagarna. För att definiera tungt alkoholmissbruk har vi utgått från frågan om antal dagar de senaste 30 dagarna med alkoholkonsumtion till berusning och definierat indikation på tungt alkoholmissbruk som alkoholkonsumtion till berusning mer än 14 dagar de senaste 30 dagarna, dvs. nästan varannan dag. (Det går inte att skilja mellan olika konsumtionsmönster i termer av konsumtion varje dag en hel vecka eller varannan dag en hel månad eller något annat mönster). Fortsättningsvis benämns indikation på tungt alkoholmissbruk endast som tungt alkoholmissbruk. Med den definitionen

av tungt alkoholmissbruk har 13 procent (N=1741) av klienterna ett tungt alkoholmissbruk. Det finns också en liten grupp (2 procent) som har både tungt narkotika- och tungt alkoholmissbruk enligt våra definitioner. Den vanligaste kombinationen av både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk är tungt alkoholmissbruk tillsammans med tungt missbruk av lugnande preparat eller cannabis.

I tabell 6 nedan visas bakgrundsuppgifter för klienter med tungt narkotika- och tungt alkoholmissbruk, både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk samt för övriga klienter.

Tabell 6 Bakgrundsuppgifter i procent för klienter med tungt narkotikamissbruk, tungt alkoholmissbruk, både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk och för övriga klienter

Område	Tungt narkotikamissbruk	Tungt alkoholmissbruk	Både och	Övriga
Ålder (medelvärde år)	37	45	40	40
Utlandsfödd	20	12	12	16
Boendeort				
Storstad	71	69	72	63
Mellanstor stad	24	24	25	29
Landsbygd	5	7	3	8
Boende				
Egen lägenhet	56	64	57	62
Bostadslös	9	8	17	8
Civilstånd				
Ensamstående*	75	71	78	72
Försörjning				
Arbete**	29	46	31	47
Arbete (30 dagar)	18	28	18	31
Socialbidrag	39	30	30	33
Försäkringskassa	38	33	45	30
Kriminalitet				
Villkorligt frigiven	17	7	13	13
Olaglig verksamhet***	27	5	35	7
Totalt antal	2 291	1 741	234	10 105

* både de som tidigare varit gifta/sambo och de som alltid varit ensamstående ** senaste 3 åren *** i syfte att skaffa pengar

Det är inga skillnader mellan män och kvinnor när det gäller tungt missbruk utan av för både män och kvinnor utgör andelen med tungt narkotikamissbruk cirka 17 procent och med tungt alkoholmissbruk cirka 13 procent. Jämfört med övriga klienter är klienter med tungt narkotikamissbruk yngre, har en högre andel som är utlandsfödda, bor i storstad, är ensamstående, som har stått och står utanför arbetsmarknaden, som försörjer sig med socialbidrag och med pengar från försäkringskassan och som är inblandade i kriminalitet, samt en mindre andel som bor i egen lägenhet. Jämfört med övriga klienter är klienter med tungt alkoholmissbruk äldre, har en större andel som är födda i Sverige och som bor i storstad. Boende, civilstånd, försörjning och kriminalitet skiljer inte mycket mellan klienter med tungt alkoholmissbruk och övriga klienter. Det är relativt stora skillnader mellan de två grupperna med tungt missbruk i alla bakgrundsvariabler förutom boendeort. Resultaten visar att missbrukare med tungt narkotikamissbruk har en sämre social situation än missbrukare med tungt alkoholmissbruk. Klienter med både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk liknar klienter med tungt narkotikamissbruk med undantag av att de är äldre, andel män är högre, det är mycket vanligare att vara bostadslös och en större andel har försörjning från försäkringskassan. Klienter med både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk har om möjligt en ännu sämre social situation än klienter med enbart ett tungt narkotikamissbruk.

I tabell 7 visas drogmönster och hälsa/ohälsa för klienter med tungt narkotika- och alkoholmissbruk, både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk och för övriga klienter. Behandling för alkohol- och narkotikaproblem baseras på frågan hur många gånger man deltagit i öppen- och slutenvård för alkohol och narkotikaproblem och anger om man deltagit någon gång. Detsamma gäller frågorna om behandling för fysiska och psykiska problem.

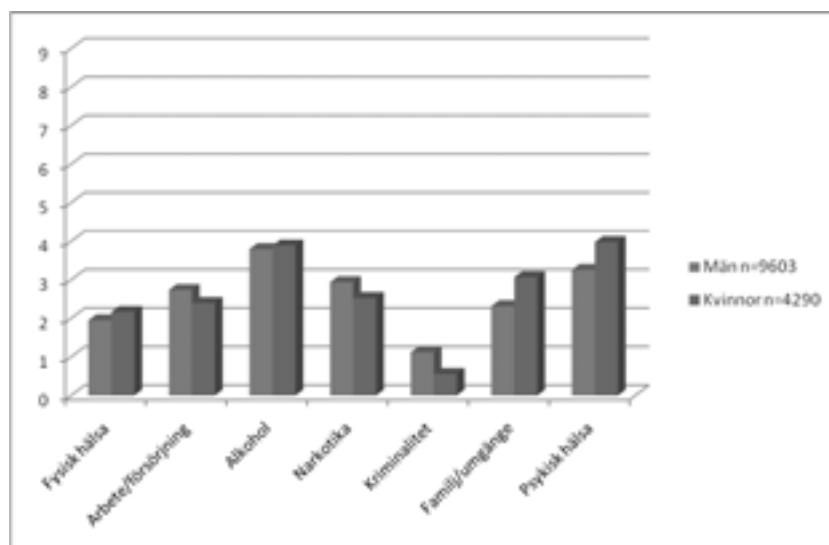
Tabell 7 Droger och hälsa/ohälsa i procent för klienter med tungt narkotika- och alkoholmissbruk och för övriga klienter

Område	Tungt narkotika- missbruk	Tungt alkohol- missbruk	Både och	Övriga
<i>Dominerande drog</i>				
Alkohol	15	71	36	55
Narkotika	76	18	42	32
Båda	7	10	21	5
<i>Behandling någon gång</i>				
Alkohol	20	52	50	34
Narkotika	53	15	43	23
Tvång alkohol	8	21	19	12
Tvång narkotika	31	8	22	13
<i>Fysisk hälsa</i>				
Kroppslig sjukdom/skada	61	51	63	47
Sjukersättning	15	12	15	9
Medicin	36	32	37	28
Sjukhusvård någon gång*	80	78	83	76
<i>Psykisk hälsa</i>				
Sjukersättning	16	12	19	9
Vård någon gång	58	51	58	50
Medicin	11	7	9	7
Depression	37	35	50	28
Ängest	54	47	66	39
Koncentrationsproblem	54	44	66	40
Hallucination	7	4	9	4
Våldsamt beteende	13	12	22	8
Suicidtankar	19	16	27	11
Suicidförsök tidigare	34	30	33	25
Totalt antal	2 291	1 741	234	10 105

Som väntat är alkohol den dominerande drogen för klienter med tungt alkoholmissbruk och narkotika den dominerande för klienter med tungt narkotikamissbruk och problem med både alkohol och narkotika vanligast i gruppen med tungt missbruk av båda. Behandling för narkotika och alkoholproblem är tydligt relaterat till drog och är mycket vanligare i de två grupperna med tungt missbruk jämfört med övriga klienter, även om överkorsningar också förekommer. Fysiska och psykiska problem är vanligast för klienter med tungt narkotikamissbruk. Behandling för dessa problem är också något vanligare för klienter med tungt narkotikamissbruk

jämfört med gruppen med tungt alkoholmissbruk och med övriga klienter. Klienter med tungt missbruk av både narkotika och alkohol har jämfört med klienter med enbart tungt narkotikamissbruk fått mer behandling för alkoholmissbruk men det som mest skiljer ut klienter med tungt missbruk av både narkotika och alkohol är att dessa klienter har mycket mer psykiska problem. Trots att grupperna med tungt missbruk verkar ha sämst psykisk hälsa är skillnaden i behandling för psykiska besvär inte så stor jämfört med gruppen övriga klienter. I figur 4 nedan visas intervjuarskattningar för olika områden för grupperna med tungt missbruk.

Figur 4 Intervjuarskattningar för olika problemområden för klienter med tungt narkotika- och alkoholmissbruk och för tungt missbruk av båda samt för övriga klienter



Intervjuarskattningarna visar att förutom förväntat resultat för problem med alkohol och narkotika har klienter med tungt missbruk mer problem inom alla områden än övriga klienter och också ganska lika stora problem inom alla områden. Skillnaderna mellan klienter med tungt missbruk och övriga klienter är signifikanta för alla områden. Intervjuarskattningarna stämmer överens med den bild man får från tabellerna ovan och tendensen är att klienter med tungt narkotikamissbruk och med tungt missbruk av både narkotika och alkohol har mer problem inom alla områden jämfört med klienter

med tungt alkoholmissbruk och en svag tendens att klienter med tungt missbruk av både alkohol och narkotika har mest problem.

Sammanfattningsvis visar resultaten att tungt narkotikamissbruk och tungt missbruk av både alkohol och narkotika är relaterat till både en sämre psykosocial situation och till sämre hälsa. Detta stämmer med resultat från studier som visar att tunga narkotikamissbrukare har en dålig psykosocial situation (CAN, 2008). Våra resultat visar att behandling för missbruk är mycket vanligare för klienter med tungt missbruk och ungefär dubbelt så många klienter har fått sådan behandling jämfört med övriga klienter. Behandling, sjukersättning och medicin för fysiska problem är också vanligare för klienter med tungt missbruk. Gruppen med tungt alkoholmissbruk skiljer sig marginellt när det gäller social situation från övriga klienter. Psykisk hälsa är sämst för gruppen med tungt missbruk av både alkohol och narkotika och även om det är en liten grupp kan man notera att en stor andel upplever koncentrationsproblem, problem med att kontrollera våldsamt beteende och har suicidtankar.

6.3.5 Screening med ASI för indikation på svår psykisk störning

I en amerikansk studie (Cacciola, et al., 2008) undersöktes möjligheten att identifiera missbruksklienter i ASI med samtidig psykiatrisk störning. I studien ingick en grupp om 672 klienter i öppen missbruksvård. Man använde en sofistikerad teknik (ROC-analys – (se Armelius & Armelius, 2010a) för att bestämma cut-off värden på bl.a. intervjuarskattningen av psykiska problem i ASI för att särskilja missbruksklienter med och utan psykiatrisk diagnos från varandra så bra som möjligt. Man beräknade sensitivitet (= andel korrekt identifierade missbruksklienter med psykiatrisk diagnos) och specificitet (= andel korrekt identifierade missbruksklienter utan psykiatrisk diagnos) för olika värden på intervjuarskattningen för psykisk hälsa. Cut-off värdet för intervjuarskattningen i ASI bestämdes så att man fick högsta möjliga sensitivitet och samtidigt behöll en specificitet på åtminstone 50 procent.

Med en cut-off på 3 eller mer blev sensitiviteten 81 procent och specificiteten 53 procent, vilket betyder att man med en cut-off på 3 eller mer på intervjuarskattningen av psykiska problem i ASI kunde identifiera 81 procent av de klienter som faktiskt hade en samtidig psykiatrisk diagnos. Specificiteten på 53 procent betyder att man korrekt kunde identifiera 53 procent av de som faktiskt

inte hade en samtidig psykiatrisk diagnos. Men specificiteten anger också att man felaktigt kommer att få med 47 procent av de klienter som inte hade en samtidig psykiatrisk diagnos och dessa kommer då felaktigt att bedömas som klienter med psykiatrisk diagnos. Författarna menar att ASI mycket väl kan användas för att screena missbruksklienter för samtidig psykiatrisk störning som kräver uppmärksamhet och kanske särskilda åtgärder och att det vid en screening kan vara viktigare att fånga upp de som faktiskt har en samtidig psykiatrisk diagnos än att undvika att få med de som inte har en sådan sjukdom.

I föreliggande arbete är vi intresserade av att identifiera en grupp som skulle kunna definieras som missbrukare med indikation på svår psykisk störning. Genom samarbete med Agneta Öjehagen har vi fått tillgång till ASI-data för en grupp missbruksklienter som också har en känd psykiatrisk diagnos enligt DSM-III-R (Schaar & Öjehagen, 2001). I anslutning till psykiatriutredningen genomfördes en multicenter studie med syfte att förbättra samarbetet mellan socialtjänst och psykiatri kring patienter med både svår psykisk störning och missbruk. Projektet pågick i olika delar av Sverige mellan 1995 och 1998. I studien ingick missbruksklienter med allvarliga psykiska störningar och 358 patienter accepterade medverkan. Genom att använda både ASI-08 och Öjehagens grupp i en modifierad form av ROC-analys har vi funnit att en cut-off på 5 eller mer på intervjuarskattningen ger utmärkt sensitivitet på 0,87 och en specificitet på 59 procent. Det betyder att vi uppskattningsvis fångar upp 87 procent av de i ASI-08 som faktiskt kan antas ha en svår psykisk störning. Eftersom vi till skillnad från Cacciola inte har någon uppgift om huruvida klienterna har eller inte har en psykiatrisk diagnos finns bland de 41 procent i ASI-08 som identifieras som falska positiva både de som faktiskt har och de som faktiskt inte har en svår psykisk störning. För att ytterligare öka specificiteten och minska andelen klienter som felaktigt indikeras ha en svår psykisk störning har vi lagt till kriteriet att man också ska ha varit i kontakt med psykiatrin någon gång för att tillhöra gruppen med sannolik svår psykisk störning. Vi väljer därför att definiera en grupp med indikation på svår psykisk störning med hjälp av två kriterier: 1. en intervjuarskattning lika med eller större än 5 och 2. att man någon gång har varit i kontakt med psykiatrin. Med kriteriet att ha haft kontakt med psykiatrin ökar specificiteten med 13 procent och det blir då 72 procent som identifieras som att man med ASI inte har någon indikation på en svår psykisk

störning. Fortsättningsvis benämns indikation på svår psykisk störning endast med svår psykisk störning. I gruppen med svår psykiatrisk störning ingår i ASI-08 enligt denna definition 3 849 personer, vilket är 28 procent av samtliga klienter. Denna grupp beskrivs närmare nedan.

Tabell 8 Bakgrundsuppgifter i procent för klienter med svår psykisk störning och för övriga klienter

Område	Svår psykisk störning	Övriga klienter
<i>Ålder</i> (medelvärde år)	38	41
<i>Utlandsfödd</i>	16	18
<i>Boendeort</i>		
Storstad	65	65
Mellanstor stad	28	28
Landsbygd	7	7
<i>Boende</i>		
Egen lägenhet	61	62
Bostadslös	8	8
<i>Civilstånd</i>		
Ensamstående*	76	71
<i>Försörjning</i>		
Arbete**	41	50
Arbete (30 dagar)	22	31
Socialbidrag	33	34
Försäkringskassa	41	28
<i>Kriminalitet</i>		
Villkorligt frigiven	12	13
Olaglig verksamhet i syfte att skaffa pengar	11	9
Totalt antal	3 849	10 054

*både de som tidigare varit gifta/sambo och de som alltid varit ensamstående **vanligaste arbete senaste 3 åren

Svår psykisk störning verkar vara både köns- och åldersrelaterat. Beräknat som hur stor andel av kvinnorna och männen som har svår psykisk störning blir resultatet att 37 procent av kvinnorna och 24 procent av männen har en svår psykisk störning. Det betyder att mer än var tredje kvinnlig klient och var fjärde manlig klient kan antas ha en svår psykisk störning. Klienter med svår psykisk störning är också yngre än övriga klienter. Andra skillnader i bakgrundsfaktorer är försörjning, där en mindre andel av klienter

med svår psykisk störning försörjer sig med arbete och en mycket större andel försörjer sig med pengar från försäkringskassan jämfört med övriga klienter. En något större andel av klienter med svår psykisk störning är ensamstående. Det är små skillnader i boendeort, boende och kriminalitet mellan gruppen med svår psykisk störning och övriga klienter.

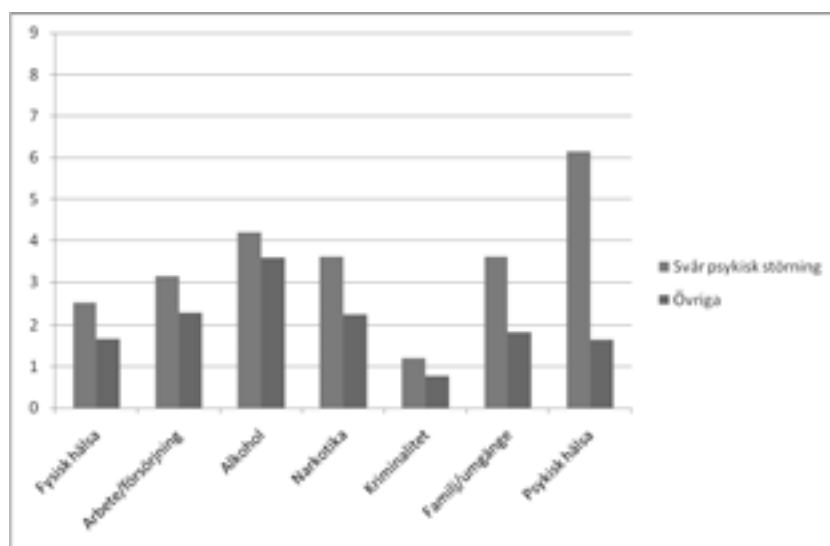
Tabell 9 Droger och hälsa/ohälsa i procent för klienter med svår psykisk störning och för övriga

Område	Svår psykisk störning	Övriga klienter
<i>Dominerande drog</i>		
Alkohol	45	53
Narkotika	41	36
Båda	8	5
Tungt alkoholmissbruk	15	12
Tungt narkotikamissbruk	22	14
<i>Behandling någon gång</i>		
Alkohol	35	34
Narkotika	33	25
<i>Fysisk hälsa</i>		
Kroppslig sjukdom/skada	54	48
Läkarvård 6 mån	43	38
Sjukersättning	11	10
Medicin	30	39
Sjukhusvård någon gång	79	76
<i>Psykisk hälsa</i>		
<i>Sjukersättning</i>	20	7
Slutenvård någon gång	51	12
Öppenvård någon gång	85	28
Medicin	13	6
Depression	54	21
Ångest	70	32
Koncentrationsproblem	64	35
Hallucination	7	3
Våldsamt beteende	17	7
Suicidtankar	26	8
Område	Svår psykisk störning	Övriga klienter
Suicidförsök	4	1
Suicidförsök tidigare	46	19
Totalt antal	3 849	10 054

Ovan visas drogmonster och hälsa/ohälsa för de två grupperna. Behandling för alkohol- och narkotikaproblem baseras på frågan om hur många gånger man deltagit i öppen- eller slutenvård för alkohol och narkotikaproblem och anger om man deltagit någon gång i sådan behandling. Detsamma gäller frågan om behandling för fysiska och psykiska problem.

Svår psykisk störning är relaterat till problem med tungt missbruk och då mest till tungt narkotikamissbruk och en större andel i gruppen med svår psykisk störning har fått behandling för problem med narkotika jämfört med övriga klienter. En något större andel har problem med fysisk hälsa och har fått läkarvård för detta de senaste 6 månaderna i gruppen med svår psykisk störning. Inte oväntat skiljer samtliga aspekter när det gäller psykiska problem stort mellan grupperna. Det är mycket vanligare med sjukersättning, vård både i sluten- och öppenvård och något vanligare med medicin för psykiska besvär i gruppen med svår psykisk störning. Det är också mycket vanligare att klienter med svår psykisk störning de senaste 30 dagarna har upplevt alla slags symtom man frågar efter i ASI; depression, ångest, koncentrationsproblem, hallucinationer och svårigheter att kontrollera våldsamt beteende samt att man haft allvarligt menade självmordstankar jämfört med övriga klienter. En stor skillnad mellan klienter med allvarig psykisk störning och övriga klienter är också att så mycket som närmare hälften i gruppen med svår psykisk störning tidigare gjort suicidförsök. I figur 5 nedan visas intervjuarskattningar för klienter med svår psykisk störning och för övriga klienter.

Figur 5 Intervjuarskattningar för olika problemområden för klienter med svår psykisk störning och för övriga klienter



Mer psykiska problem är associerat med mer problem inom alla områden. Områden där skillnaden är störst mellan klienter med svår psykisk störning och övriga klienter är förutom problem med psykisk hälsa, problem med familj/umgänge och problem med narkotika. Samtliga skillnader är signifikanta.

Trots att det i gruppen med svår psykisk störning är en något större andel klienter som har problem med narkotika är den sociala situationen endast marginellt sämre jämfört med övriga klienter. En möjlighet är att det har att göra med försörjning, där en större andel i gruppen med svår psykisk störning försörjer sig med pengar från försäkringskassan. Det kan också ha att göra med att gruppen i så stor utsträckning varit i behandling framför allt för sina psykiska problem men också för narkotikamissbruk. Dessa kontakter kan ha hjälpt till att förbättra eller undvika att den psykosociala situationen försämras. Detta kan även kopplas till att gruppen har en så stor andel kvinnor, något som kan bidra till hur klienterna försörjer sig och till hur de söker och får behandling för olika problem.

6.3.6 Tvångsvård för alkohol- och narkotikaproblem

I ASI-2006 med 3 209 klienter frågas efter hur många gånger klienten deltagit i öppen- eller slutenvårdsbehandling för alkohol- eller narkotikamissbruk och hur många av dessa behandlingar som varit tvångsvård. Enligt dessa uppgifter är det relativt ovanligt med tvångsvård i samband med öppenvård av alkohol, där endast cirka 7 procent av de tillfällen klienten fått öppenvård för alkoholmissbruk har varit tvångsvård. Det är något vanligare med tvångsvård i samband med slutenvård för alkoholmissbruk, där cirka 11 procent av dessa vårdtillfällen har varit tvångsvård. Tvångsvård är tydligare relaterat till vård för narkotikamissbruk, där cirka 20 procent av öppenvård för narkotikamissbruk har varit tvångsvård och 25 procent av slutenvård för narkotikamissbruk har varit tvångsvård. Av de som har narkotika som dominerande drog har 20 procent varit behandlade i tvångsvård, jämfört med endast 6 procent av de som har alkohol som dominerande drog. Av de som vi har klassificerat med tungt narkotikamissbruk har 38 procent varit i tvångsvård jämfört med 20 procent för de som har tungt alkoholmissbruk. Tvångsvård är alltså klart relaterat till narkotikamissbruk och till tungt missbruk. Uppgifterna måste ses mot bakgrund av att de baseras på klienternas svar och det kan finnas oklarheter som t.ex. förekomst av tvång i kombination med öppenvård.

6.3.7 Föräldrar

I ASI-2006 frågas efter graviditet, vilket är mycket ovanligt, endast 0,4 procent har svarat ja på den frågan. I ASI-2006 frågas också efter om man har egna barn och i båda versionerna frågas om man de senaste 6 månaderna bott endast med barn eller med partner och barn. Totalt uppger 57 procent att man har egna barn, 62 procent av männen och 55 procent av kvinnorna. Av männen uppger 15 procent (N=1462) att man bor med partner och barn och 4 procent (n=339) att de bor endast med barn. Av kvinnorna uppger 16 procent (n=670) att man bor med partner och barn och 15 procent (n=658) att man bor endast med barn. Vi kallar alla klienter som bor med barn för föräldrar även om det i vissa fall inte är egna barn man bor med.

Jämfört med klienter utan barn är det vanligare att både män och kvinnor som bor med partner och barn bor på landsbygd, i egen lägenhet, försörjer sig med arbete, har alkohol som dominer-

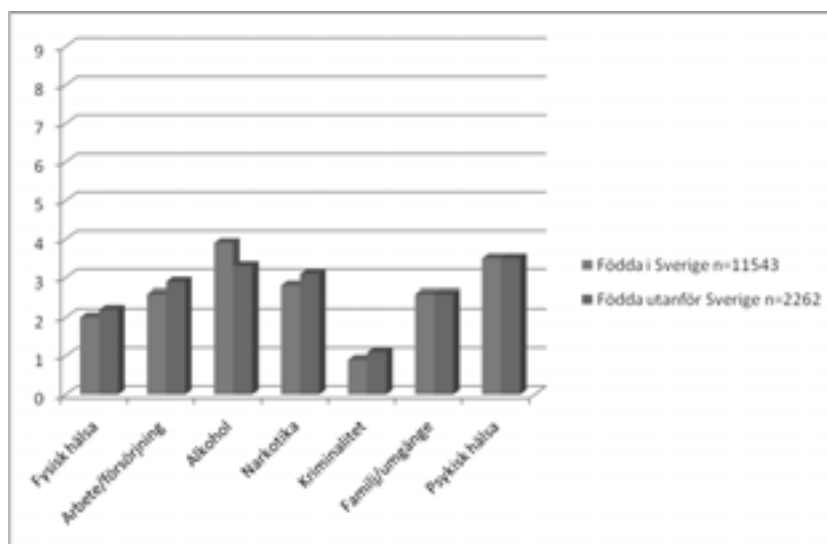
ande problem och har mindre tungt narkotikamissbruk. Männen är också mindre inblandade i kriminalitet och en något mindre andel har svår psykisk störning medan kvinnorna är äldre och svår psykisk störning är lika vanligt som för kvinnor som inte bor med barn. Intervjuarskattningarna visar liknande resultat. Män som bor med partner och barn har mindre problem inom alla områden förutom alkohol och familj/umgänge jämfört med män som inte bor med barn och kvinnor som bor med partner och barn har mindre problem inom alla områden utom alkohol och psykiska hälsa. Män som bor endast med barn är en mycket liten grupp som jämfört med män som bor med partner och barn försörjer sig mer med socialbidrag och arbetar mindre. Kvinnor som bor endast med barn liknar kvinnor som bor med partner och barn, men det är vanligare med socialbidrag, mindre vanligt med arbete och mer vanligt med tungt narkotikamissbruk. Även om det är mycket få individer det rör sig om måste man ställa sig frågan hur det går för barnen att bo med en ensam förälder som kanske har tungt missbruk eller svår psykisk störning. Sammanfattningsvis visar resultaten att det är vanligt att klienterna har barn och att totalt bor cirka hälften med barn. Både män och kvinnor som lever med partner och barn har en bättre social situation och mindre problem med jämfört med klienter som inte lever med barn. Däremot verkar det som om både män och kvinnor som lever ensam med barn har något mer problem jämfört med att leva med både partner och barn och där kan man särskilt notera förekomst av tungt narkotikamissbruk hos ensamstående kvinnor. Även om det sannolikt rör sig om relativt få fall bör man uppmärksamma barn till klienter som har tunga missbruksproblem och/eller allvarliga psykiska problem i kombination med dålig social situation, då föräldrar med svåra problem sannolikt har svårt att klara föräldrarollen på ett bra sätt.

6.3.8 Klienter födda utanför Sverige

Totalt är 16 procent (n=2281) klienter födda utanför Sverige, vilket innebär en viss överrepresentation av utlandsfödda personer som är cirka 13 procent i befolkningen (Wikipedia, 2007). Jämfört med övriga klienter är män överrepresenterade i gruppen utlandsfödda klienter, 74 procent jämfört med 68 procent, medan ålder inte skiljer, 40 år. En större andel av utlandsfödda klienter, 71 procent, bor i storstad jämfört med 65 procent för klienter födda i Sverige. Arbete är

ovanligare bland utlandsfödda klienter och under de 3 senaste åren har 38 procent arbetat heltid/ regelbunden deltid jämfört med 46 procent för klienter födda i Sverige. Narkotika är vanligare som dominerande drog bland utlandsfödda klienter 46 procent jämfört med 36 procent för klienter födda i Sverige och tungt narkotikamissbruk är också vanligare i gruppen utlandsfödda, 20 procent jämfört med 16 procent för klienter födda i Sverige. Alkohol som dominerande drog och tungt alkoholmissbruk är däremot ovanligare bland utlandsfödda klienter 42 procent jämfört med 52 procent för klienter födda i Sverige respektive 10 procent jämfört med 13 procent. Svår psykisk störning är något ovanligare bland utlandsfödda klienter, 24 procent jämfört med 28 procent bland klienter födda i Sverige. I figur 6 nedan visas intervjuarskattningar för klienter födda utanför Sverige och i Sverige.

Figur 6 Intervjuarskattningar för olika problemområden för klienter födda i Sverige och utanför Sverige



Alla skillnader var signifikanta förutom problem med familj/umgänge och med psykiska hälsa, där grupperna är lika. För problem med fysisk hälsa, arbete/försörjning, narkotika och med kriminalitet har utlandsfödda klienter födda utanför Sverige bedömts ha mer problem jämfört med klienter födda i Sverige. Endast för problem med alkohol har klienter födda i Sverige bedömts ha mer problem.

6.3.9 Boendeort och behandling

Indelning i boendeort baseras på en fråga i ASI och är: landsbygd för ort med mindre än 10 000 invånare, mellanstor ort för ort med 10 000–100 000 invånare och storstad för ort med mer än 100 000 invånare. Klienter boende på dessa tre olika slags orter har jämförts med avseende på framför allt behandling av missbruksproblem och av problem med fysisk och psykisk hälsa. Flest klienter bor i storstad 65 procent, därefter kommer mellanstor ort 28 procent och endast 7 procent bor på landsbygd. Klienterna som bor i mellanstor ort är yngst 39 år, jämfört med 41 år för klienter boende på övriga orter. Andel män och kvinnor är lika på samtliga orter 69 procent män och 31 procent kvinnor.

Tabell 10 Dominerande drog och psykiska besvär samt behandling för missbruk och fysisk och psykisk ohälsa för klienter på olika orter

	Stor stad	Mellanstor ort	Landsbygd
<i>Dominerande drog</i>			
Alkohol	52	49	59
Narkotika	37	36	30
Båda	6	6	5
Tungt alkoholmissbruk	13	12	13
Tungt narkotikamissbruk	18	14	12
<i>Behandling någon gång</i>			
Alkoholmissbruk	34	36	38
Narkotikamissbruk	28	28	21
Tvång alkohol	12	14	19
Tvång narkotika	16	14	14
<i>Fysisk hälsa</i>			
Kroppslig sjukdom/skada	49	49	51
Läkarvård (6 mån)	40	37	35
Sjukersättning	10	10	11
Medicin	30	28	35
Sjukhusvård (6 mån)	40	37	35
	Stor stad	Mellanstor ort	Landsbygd
<i>Psykisk hälsa</i>			
Svår psykisk störning	27	28	27
Sjukersättning	10	10	11
Behandling någon gång	51	52	52
Medicin	13	15	10
Totalt antal	9 021	3 820	991

I tabell 10 ovan visas hälsa/ohälsa och behandling för klienter boende på olika orter. Behandling för alkohol- och narkotikaproblem baseras på frågan hur många gånger man deltagit i öppen- och slutenvård för alkohol och narkotikaproblem och anger om man deltagit minst en gång. Detsamma gäller frågan om behandling för fysiska och psykiska problem.

Totalt är alkohol vanligast som dominerande drog på alla orter men det är en skillnad mellan boendeorter där nästan 60 procent av de som bor på landsbygd har alkohol som dominerande drog jämfört med cirka hälften för klienter som bor i storstad och i mellanstor ort. Narkotika har en knapp tredjedel av klienter som bor på landsbygd uppgett som dominerande drog jämfört med en dryg tredjedel för klienter som bor i storstad och i mellanstor ort. Här kan man notera att narkotika som dominerande drog varierar kraftigt för olika enheter i kategorin storstad från 63 procent vid vissa enheter i Malmö, och 57 procent i Farsta till lägst 26 procent i Täby. Variationen är också stor i den mellanstora kategorin, där t.ex. 53 procent i Skellefteå har narkotika som dominerande drog medan Sala endast har 13 procent. Tungt alkoholmissbruk är i det närmaste lika vanligt för klienter på alla orter. Tungt narkotikamissbruk är klart vanligast för klienter som bor i storstad. Att någon gång eller fler ha fått vård för alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk följer drogmönstret på orterna. En större andel av klienter som bor på landsbygd har någon långvarig kroppslig skada/sjukdom och får medicin för fysiska besvär jämfört med klienter på övriga orter. Läkarvård och sjukhusvård de senaste 6 månaderna för fysiska besvär är däremot vanligast för klienter som bor i storstad. Svår psykisk störning och behandling för psykiska besvär skiljer inte mellan orter. Medicin för psykiska besvär är vanligast för klienter som bor i mellanstor ort.

Behandling för alkohol- och narkotikamissbruk följer i stort sett skillnader i missbruk. Man kan dock notera att det är mer ovanligt att ha fått behandling för missbruk någon gång jämfört med att ha varit i kontakt med psykiatrin någon gång där närmare hälften på alla orter har varit i psykiatrisk behandling. För att få en uppfattning om tillgänglighet av vård skiljer sig mellan orter kan man för de tre typerna av boendeorter jämföra hur stor andel klienter som har alkohol som dominerande drog och som fått behandling för alkoholmissbruk och motsvarande för narkotika. Av de klienter som har alkohol som dominerande problemdrog har 51 procent i storstad fått behandling för alkoholmissbruk, 54 procent av de som

bor i mellanstor ort och 48 procent av de som bor på landsbygd. Av de klienter som har narkotika som dominerande problemdrog har 48 procent i både storstad och i mellanstor ort fått behandling för narkotikamissbruk och 44 procent av de som bor på landet. Motsvarande siffror för tungt alkoholmissbruk är att 51 procent av klienter i storstad, 55 procent i mellanstor ort och 55 procent på landsbygd har fått behandling. För tungt narkotikamissbruk har 54 procent i storstad, 49 procent i mellanstor ort och 41 procent på landsbygd fått behandling. Sammantaget tyder resultaten på att det kan vara en viss underbehandling av narkotikamissbruk för klienter som bor på landet. Eftersom man inte vet vilka fysiska sjukdomar klienterna har är det svårt att dra slutsatser om behandling av fysiska besvär och boendeort men trots att en större andel klienter boende på landsbygd har långvariga fysiska besvär har klienter som bor i storstad en större andel som fått läkarvård och sjukhusvård för fysiska problem. Andel klienter med svår psykisk störning är lika för de tre boendeorterna och behandling för sådana besvär är också relativt lika, möjligen finns en liten tendens att klienter boende på landsbygd fått mindre medicin för sina psykiska besvär jämfört med klienter på övriga orter.

Den mest troliga förklaringen till att det blir så små skillnader i olika variabler mellan boendeorter är att indelningen i orter baseras endast på storlek, och att universitetsorter som Linköping och Umeå grupperas ihop med storstäder som Malmö stad. Andra faktorer som t.ex. inkomst och åldersstruktur kunde vara bättre indelningsvariabler. I studien av Eriksson m.fl. som nämndes tidigare gjordes en indelning av förorter till Stockholm efter inkomst och det visade sig finnas skillnader mellan låginkomstförorter och medel/höginkomstförorter, så t.ex. var narkotikamissbruk vanligast i låginkomstförorter. Man vet också att det finns regionala skillnader i missbruk som kommer bort i gruppering av orter efter endast storlek.

6.3.10 Förändring i olika variabler över år

ASI-08 innehåller klientintervjuer mellan 1999 och 2008. Antal intervjuer mellan 1999 och 2003 är dock endast några hundra per år. Från år 2004 och framåt ökar antal intervjuer. För att få tillräckligt antal klienter att jämföra över år har vi valt att slå ihop intervjuer från 1999 till 2004. Det betyder att jämförelsen över år i

huvudsak avspeglar 5 år. I tabell 11 visas bakgrundsuppgifter för intervjuer utförda under olika år.

Tabell 11 Bakgrundsuppgifter i procent för intervjuer utförda olika år

Område	1999–2004	2005	2006	2007	2008
<i>Kön</i>					
Män	72	68	69	68	69
Kvinnor	28	32	31	32	31
Ålder (medelvärde år)	39	39	40	40	41
<i>Födelseland</i>					
Utanför Sverige	15	17	17	16	16
<i>Boendeort</i>					
Storstad	66	66	66	62	67
Mellanstor stad	27	26	27	31	26
Landsbygd	8	8	7	7	7
<i>Boende</i>					
Egen lägenhet	60	61	60	63	63
Bostadslös	7	9	9	8	8
<i>Civilstånd</i>					
Ensamstående*	73	71	74	72	72
<i>Försörjning</i>					
Arbete heltid/regb, deltid**	52	45	42	44	43
Arbete 30 dagar	30	28	27	30	32
Socialbidrag	34	35	36	32	30
Försäkringskassa	31	30	31	32	33
<i>Kriminalitet</i>					
Villkorligt frigiven	14	13	12	13	14
Olaglig verksamhet***	10	11	10	10	9
Totalt antal	2 353	2 995	3 400	2 859	2 296

* både de som tidigare varit gifta/sambo och de som alltid varit ensamstående

** senaste 3 åren

*** i syfte att skaffa pengar

Andelen kvinnor bland missbrukarna ökar något över år och det verkar också som om klienterna blir något äldre. Över år är det något vanligare att man bor i en egen lägenhet medan försörjning med socialbidrag minskar något och pengar från försäkringskassan snarast blir något vanligare. I tabell 12 visas resultat för droger och hälsa/ohälsa över år.

Tabell 12 Droger och hälsa/ohälsa i procent över år

Område	1999–2004	2005	2006	2007	2008
<i>Dominerande drog</i>					
Alkohol	49	50	50	53	55
Narkotika	40	39	38	34	32
Båda	6	5	6	5	7
Injicerat 6 mån	19	18	17	15	13
Tungt alkoholmissbruk	12	12	14	12	11
Tungt narkotikamissbruk	16	17	17	15	17
<i>Behandling missbruk någon gång</i>					
Alkohol	29	31	31	38	46
Narkotika	36	27	26	26	31
<i>Fysisk hälsa</i>					
Sjukersättning	9	10	10	11	9
Medicin	28	28	29	30	32
<i>Psykisk hälsa</i>					
Sjukersättning	9	10	10	12	13
Behandling någon gång	49	50	52	53	53
Svår psykisk störning	27	28	28	28	27
Totalt antal	2 353	2 995	3 400	2 859	2 296

Alkohol som dominerande drog ökar över år medan narkotika minskar. Behandling för alkoholmissbruk verkar öka över år medan behandling för narkotika fränsett de första åren visar en mer marginell ökning. Kronisk fysisk skada/sjukdom blir vanligare över år och det blir också något vanligare att få medicin för fysiska besvär. Andel klienter med svår psykisk störning är konstant över år. Där-
emot blir det något vanligare att någon gång ha behandlats för psykiska besvär och att ha sjukersättning för sådana besvär över år. Vi har också tagit fram siffror för tvångsvård över år i ASI-08 som visar att detta minskar över år både för alkohol- och för narkotika-
missbruk, vilket stämmer med uppgifter i CAN (2008).

Som visades i tabellen ovan ökar alkohol som dominerande problem-
drog medan narkotika minskar som dominerande problem-
drog över år. En tolkning kan vara att ökningen i alkohol som
dominerande drog bland missbrukare kan vara relaterat till den
ökning av andelen stor-konsumenter av alkohol som funnits allt-
sedan 1990-talet för såväl män som kvinnor i de flesta ålders-

grupper (CAN, 2008). Möjligen kan ökningen med problem med kriminalitet bland missbrukare ha samma bakgrund med en ökad kriminalitet i samhället i övrigt över år eller alternativt med större svårigheter för missbrukare att försörja sig. Ett problem med tolkningen av skillnader mellan olika år är att över år kommer nya enheter in i ASI-08 och skillnader mellan år avspeglar därför skillnader mellan enheter, vilket sannolikt har betydelse för resultaten. Fem år kan också vara en relativt kort tid för att märka förändringar över tid.

6.3.11 Bruk av olika droger

Bruk av några droger har undersökts lite närmare. De droger som analyserats är heroin, amfetamin och cannabis. I tabellen har vi också lagt in uppgifter för klienter som brukat lugnande preparat och andra opiater, men här ingår också klienter som brukar dessa medel på ordination, vilket man får ha i minnet när man tolkar resultaten. Det kan dock vara av intresse att ta med också dessa klientgrupper eftersom det är så pass stor andel som använder lugnande preparat och andra opiater som inte är ordinerat. Vissa uppgifter för klienter som missbrukar olika preparat visas i tabellen nedan. Tabellen ska läsas så att andel av missbruksgrupperna för varje rad anges i procent, t.ex. är andel män bland heroinmissbrukarna 77 procent.

Tabell 13 Beskrivning av klienter med missbruk av olika preparat procent

Område	Heroin	Amfetamin	Cannabis	Lugnande	Andra opiater
<i>Kön (andel män)</i>	77	70	80	66	67
<i>Ålder (medelvärde)</i>	33	34	32	37	36
<i>Utlandsfödd</i>	23	11	16	15	16
<i>Dominerande drog narkotika</i>	93	81	78	63	74
<i>Dominerande drog alkohol</i>	2	7	11	24	16
<i>Dominerande drog båda</i>	4	10	9	10	8
<i>Tungt narkotikamissbruk</i>	50	36	35	52	16
<i>Tungt alkoholmissbruk</i>	7	12	13	13	11
<i>Behandling någon gång</i>					
Narkotika	78	56	53	51	56
<i>Fysisk hälsa</i>					
Kroppslig sjukdom/skada	56	51	49	56	65
<i>Psykisk hälsa</i>					
Svår psykisk störning	30	34	31	41	37
Område	Heroin	Amfetamin	Cannabis	Lugnande	Andra opiater
Vård någon gång	47	50	50	63	59
Depression	39	37	38	43	41
Ångest	51	50	51	63	56
Koncentrationsproblem	48	56	54	59	56
Våldsamt beteende	15	19	19	16	16
Suicidförsök tidigare	32	34	31	36	35
Totalt antal	973	1 859	2 502	2 687	1 321

Män är överrepresenterade när det gäller bruk av både cannabis och heroin och kvinnor är överrepresenterade när det gäller bruk av lugnande preparat och andra opiater, medan bruk av amfetamin följer fördelningen av män och kvinnor bland klienterna, där 70 procent är män och 30 procent är kvinnor. Att vara utlandsfödd är överrepresenterat bland heroinmissbrukare och något underrepresenterat bland amfetaminmissbrukare. Nästan alla heroinanvändare och en klar majoritet av klienter som brukar amfetamin och cannabis har narkotika som dominerande drog, och en liten andel av de klienter som brukat heroin åtminstone någon dag av de senaste 30 har problem med alkohol. En klar majoritet av de som brukat amfetamin eller cannabis har också narkotika som dominerande drog men en något större andel har här alkohol som dominerande drog eller problem med både alkohol och narkotika.

Klienter som brukat lugnande preparat skiljer sig mest från de övriga och här har en större andel alkohol eller både alkohol och narkotika som dominerande drog men också i denna grupp är narkotika den vanligaste dominerande drogen. Resultaten för klienter som brukat andra opiater ligger mellan heroin, amfetamin och cannabissmissbrukare å ena sidan och klienter som brukar lugnande preparat när det gäller både dominerande drog och bakgrund. Hälften av heroinmissbrukarna och närmare 40 procent i de grupper som missbrukar amfetamin och cannabis har ett tungt narkotikamissbruk. I gruppen med bruk av lugnande preparat har också cirka hälften ett tungt narkotikamissbruk men här kan man anta en del av detta avspeglar ett dagligt bruk av ordinerade medel. Tungt alkoholmissbruk är ovanligt bland heroinmissbrukare medan det är ungefär lika vanligt med tungt alkoholmissbruk som i hela ASI-08 bland de andra missbruksgrupperna. Heroinmissbrukare har fått mest vård för narkotikamissbruk, 78 procent har fått sådan vård åtminstone någon gång, jämfört med de övriga grupperna, där det ligger på drygt 50 procent.

Andel med svår psykisk störning är jämfört med hela ASI-08 (28 procent) något vanligare i alla grupperna. Heroinmissbrukare har minst andel och brukare av lugnande preparat har störst andel med svår psykisk störning. Att ha haft någon kontakt med psykiatri är ganska lika bland brukare av heroin, amfetamin och cannabis runt 50 procent, medan det är vanligare bland missbrukare av lugnande preparat och andra opiater, runt 60 procent.

Kombinationer av droger är vanligt. Alla siffror gäller bruk av drog åtminstone någon av de senaste 30 dagarna. Av heroinmissbrukarna har 32 procent använt amfetamin, 48 procent cannabis, 56 procent lugnande preparat och 32 procent andra opiater. Av amfetaminmissbrukarna har 56 procent använt cannabis, 17 procent heroin, 43 procent lugnande preparat och 20 procent andra opiater. Av cannabissmissbrukarna har 42 procent använt amfetamin, 19 procent heroin, 41 procent lugnande preparat och 21 procent andra opiater. I samtliga grupper är kombination med heroin ovanligast och kombination av cannabis och lugnande preparat vanligast.

Subutex. Subutex finns bara i ASI-2006 och det är endast drygt 250 klienter som kan identifieras som missbrukare av subutex och som visats ovan har majoriteten inte fått subutex ordinerat. Bland de klienter som miss/brukar subutex är män överrepresenterade, (78 procent) och klienterna är yngre, medelålder är 33 år. Det är vanligt att subutex kombineras med andra droger. Bland subutex-

brukarna har följande andel också någon dag de senaste 30 dagarna använt heroin, 34 procent, amfetamin, 29 procent, cannabis 45 procent lugnande preparat, 55 procent och andra opiater, 31 procent. Majoriteten av subutexbrukarna har narkotika som dominerande drog, (88 procent) och 56 procent har ett tungt narkotikamissbruk. Bruk av alkohol är ovanligt och endast 2 procent har alkohol som dominerande drog och 7 procent har problem med både alkohol och narkotika. Tungt alkoholmissbruk är mycket ovanligt bland de som brukat subutex och endast 5 procent har ett sådant missbruk, dvs. mycket färre än i hela ASI-08 med 13 procent.

6.3.12 Problemprofiler vid grundintervju

På grundval av problemnivåer uttryckta i intervjuarskattningar vid grundintervjuerna gjordes en klusteranalys med tre grupper på intervjuarskattningarna för alla livsområden. Ett kluster är sammansatt av ett mönster av variabelvärden som utmärker en grupp klienter, snarare än en enkel gruppering baserad på nivån av en enskild variabel. Inom en profil finns således en variation i nivån på värdena, men det finns ett likartat mönster i variationen. De genomsnittliga intervjuarskattningarna för de tre profilerna redovisas i tabellen nedan. Utifrån problemområde har vi kallat de tre profilerna: Narkotikaproblem, Avgränsade alkoholproblem och Alkohol och psykiska problem.

Tabell 14 Medelvärden av intervjuarskattningar vid grundintervjun för de tre profilgrupperna

	Problemprofil		
	Narkotika problem N= 4441	Avgränsade alkoholproblem N=4919	Alkohol & psykiska problem N=3473
Fysisk hälsa	2.3	1.3	2.7
Arbete	3.4	1.4	3.4
Alkohol	2.1	3.9	5.9
Narkotika	6.4	0.5	1.5
Kriminalitet	1.9	0.3	0.7
Familj	2.9	1.1	4.4
Psykisk hälsa	4.1	1.5	5.5

Som man ser i tabellen tillhör flest klienter problemprofilerna Avgränsade alkoholproblem och Narkotikaproblem och något färre Alkohol och psykiska problem. Problemprofilen Alkohol och psykiska problem har höga nivåer av problem med både alkohol och psykiska problem och relativt högt på familjeproblem. Problemprofilen Narkotikaproblem har höga problemnivåer på problem med narkotika och relativt hög nivå på psykiska problem, men även övriga områden ligger på ungefär samma nivå som för gruppen Alkohol och psykiska problem. Problemprofilen Avgränsade alkoholproblem verkar vara relativt problemfri (jämfört med de andra grupperna) förutom när det gäller problem med alkohol. Klusteranalysen visar att det finns grund för att särskilja två relativt homogena undergrupper med alkoholproblem, en som har något mindre och mer avgränsade alkoholproblem och en som har mer omfattande problem, förutom med alkohol framför allt med psykisk hälsa och familjeproblem, men även problem med arbete och fysisk hälsa. Det är ganska stora likheter mellan profilerna Narkotikaproblem och Alkohol och psykiska problem i den meningen att de har problem inom de flesta områden förutom sitt dominerande drogproblem.

Vi har också analyserat hur stor andel av klienterna i de tre problemprofilerna som bedömts ha problem med blandmissbruk utifrån intervjuarskattningarna. Problem har definierats som en intervjuarskattning större än 1, vilket betyder att man har ett litet problem/hjälptbehov eller mer. I profilen Avgränsat alkohol har 13 procent bedömts ha problem med narkotika, vilket tyder på att profilen beskriver en grupp relativt rena alkoholister. I de två andra profilerna är blandmissbruk vanligare, 45 procent i profilen Narkotikaproblem har bedömts ha problem med alkohol och 29 procent i gruppen Alkohol och psykisk störning har bedömts ha problem med narkotika. Denna definition av blandmissbruk är godtycklig och kan diskuteras, men den ger ändå en bild av att missbrukare med narkotikaproblem i större utsträckning också har problem med alkohol än vice versa.

Vilka klienter är det som hamnar i de olika profilgrupperna? I tabellen nedan visas hur stor andel (procent) som finns i de olika profilgrupperna för ett antal av de variabler vi beskrivit tidigare.

Tabell 15 Procentuell andel i olika grupper som hör till de olika problemprofilerna.

	Narkotika problem N= 4441	Avgränsat alkohol N=4919	Alkohol & psyk N=3473
Ålder (medelvärde)	33	44	42
Andel män	74	71	60
Tung narkotika	34	6	9
Tung alkohol	5	12	22
Svår psykisk störning	33	7	53
Dominerande drog Alkohol	4	74	76
Dominerande drog Alk & Nark	6	3	9
Dominerande drog Ingen	2	12	6
Dominerande drog Narkotika	88	12	9

I både Narkotikaprofilen och i profilen Avgränsat alkohol är män något överrepresenterade medan kvinnor är klart överrepresenterade i profilen Alkohol och psykiska problem. Klienterna i Narkotikaprofilen är klart yngst och klienterna i profilen Avgränsat alkohol är äldst. Andel klienter med tungt narkotikamissbruk är störst (34 procent) i profilen Narkotikaproblem medan tungt narkotikamissbruk är ovanligt i de andra två profilerna. Andel klienter med tungt alkoholmissbruk är vanligast i problemprofilen Alkohol och psykiska problem och i det närmaste dubbelt så vanligt som i profilgruppen Avgränsade alkoholproblem. I profilen Avgränsade alkoholproblem har endast 7 procent en svår psykisk störning, i profilen Narkotikaproblem är det 33 procent, medan drygt hälften i profilen Alkohol och psykiska problem har en svår psykisk störning. Klientens bedömning av dominerande drog stämmer ganska väl överens med problemprofilerna. Andel klienter som anger narkotika som dominerande drog utgör nästan alla i profilen Narkotikaproblem (88 procent) och andel klienter med alkohol som problemdrog är cirka 75 procent i båda profilerna med alkoholproblem. Andel klienter med både alkohol och narkotika som dominerande drog är låg i alla profiler.

Sammanfattningsvis finns en konsistens i tidigare redovisade resultat och resultaten för problemprofilerna om man skulle jämföra narkotikaprofilen med de sammanslagna alkoholprofilerna. Narkotikaprofilen utmärks av att klienterna är yngre, något oftare män, har tungt narkotikamissbruk, var tredje har svår psykisk stör-

ning men även en relativt stor grupp, två av tre har inte svår psykisk störning. Klusteranalysen som baseras på hela mönstret av intervjuarskattningar visar intressant nog att det finns två mycket olika grupper med alkoholproblem. Profilen med Avgränsade alkoholproblem utmärks av att klienterna är äldre, något oftare män, med ett ganska renodlat alkoholmissbruk. Profilen Alkohol och psykiska problem utmärks av att klienterna också är något äldre, relativt sett fler är kvinnor, var femte har ett tungt alkoholmissbruk och varannan har svår psykisk störning. I jämförelse med tidigare analyser vi gjort framstår det tydligt att bland klienter med alkoholproblem finns två undergrupper, en som har relativt avgränsade alkoholproblem och en grupp som har mer omfattande problem med såväl alkohol som psykisk hälsa, familj etc.

6.3.13 Privata och kommunala enheter i ASI-08

Vi har jämfört de två privata enheter som ingår i ASI-08 med övriga 49 kommunala enheter. Som nämndes inledningsvis kan klienter på olika privata enheter ha mycket olika uppdragsgivare och de har därmed klienter med olika problem och missbruksprofiler. Av sekretesskäl har vi ändå slagit ihop de två privata enheterna i jämförelsen med de kommunala enheterna. Jämfört med de kommunala enheterna har de privata enheterna en mindre andel utlandsfödda klienter (14 procent jämfört med 18 procent), en större andel kvinnliga klienter (35 procent jämfört med 29 procent), en större andel som bor i storstad (77 procent jämfört med 59 procent) och äldre klienter $M=42$ år jämfört med $M=39$ år. En större andel av klienterna på privata enheter har alkohol som dominerande drog (60 procent och 46 procent), en mindre andel har narkotika som dominerande drog (31 procent och 41 procent) medan både alkohol och narkotika som dominerande drog är lika (6 procent). Fördelning av klienter på problemprofiler är Narkotikaproblem (27 procent jämfört med 39 procent), Avgränsat alkoholproblem (48 procent jämfört med 33 procent) och Alkohol och psykisk störning (25 procent jämfört med 28 procent). Tungt missbruk skiljer inte mycket men tungt narkotikamissbruk är något ovanligare på privata enheter (15 procent jämfört med 18 procent), tungt alkoholmissbruk tvärtom något vanligare (14 procent och 12 procent) medan andel klienter med svår psykisk störning är nästan lika (27 procent och 28 procent). Vidare är det signifikanta

skillnader i intervjuarskattningar för alla områden, där klienter vid kommunala enheter bedömts ha mer problem på alla områden, förutom problem med alkohol som skattats högre för klienter på privata enheter. Skillnaderna är störst för fysisk hälsa, arbete, kriminalitet och narkotika där problemen skattats högre för klienter vid kommunala enheter jämfört med privata enheter.

Sammanfattningsvis är klienterna på de två privata enheter som ingår i ASI-08 mindre problembelastade jämfört med klienter vid kommunala enheter förutom för problem med alkohol. Fördelningen av klienter på problemprofiler visar att nästan hälften av klienterna vid de privata enheterna har Avgränsade alkoholproblem, en fjärdedel har både Alkoholproblem och psykiska problem och en fjärdedel har Narkotikaproblem. Av olika skäl, som t.ex. att klienterna är så pass olika initialt och att det inte är känt om intervjuarskattningarna är gjorda av oberoende bedömare jämför vi inte utfallen för privata enheter och kommunala enheter.

6.3.14 Diskussion i anslutning till kartläggningen

Våra resultat visar i stort sett samma bild av gruppen missbrukare som andra studier. Vi upprepar inte resultaten utan sammanfattningsvis är gruppen socialt marginaliserad med sämre utbildning, svårigheter att försörja sig, problem med bostad, med kriminalitet och problem med både fysisk och psykisk hälsa.

Kön. Det finns vissa skillnader mellan män och kvinnor i ASI-08. Männen är mer socialt marginaliserade än kvinnor. De har sämre utbildning, mer socialbidrag, mer problem med sitt boende och mer kriminalitet. Men trots att kvinnor alltså har en bättre social situation än män har kvinnor betydligt mer problem med psykisk hälsa. En större andel av kvinnorna har svår psykisk störning och har fått behandling i psykiatri. Skillnaden mellan män och kvinnor kan inte förklaras av att kvinnor har mer problem med narkotika än män eftersom det snarare är tvärtom att en något större andel män än kvinnor har narkotika som dominerande drog och andel män och kvinnor med tungt narkotikamissbruk är lika. Det finns flera möjliga förklaringar till att kvinnliga missbrukare har sämre psykisk hälsa än manliga missbrukare. För det första följer det samma mönster som i befolkningen som helhet. I en kunskapsöversikt visar Lager (2009) att ångest och oro är 1,5 till 3 ggr vanligare hos kvinnor än hos män. Skillnaden tycks inte ha med rapporterings-

benägenhet eller socioekonomiska faktorer att göra utan snarare med biologiska faktorer och med könsroller. En faktor som diskuteras i rapporten är relationers betydelse för män och kvinnor. I studien av Eriksson m.fl. (2003) visade det sig att kvinnliga missbrukare oroade sig mer för sina relationer än manliga missbrukare. I ASI-08 bedöms kvinnor ha mer problem med relationer än män. Bakom detta kan ligga att kvinnliga missbrukare lever i mer destruktiva relationer och faktiskt har mer problematiska relationer än män. Det finns visst stöd för det antagandet eftersom en betydligt större andel av kvinnorna i ASI-08 jämfört med männen uppger att de tidigare blivit fysiskt eller sexuellt misshandlade och en större andel av kvinnorna uppger också att de för närvarande lever tillsammans med en partner som missbrukar alkohol eller narkotika (10 procent för kvinnor och 5 procent för män). Problem och svårigheter i relationer kan därför vara en faktor som bidrar till att kvinnliga missbrukare har mer psykiska besvär än män. Vi har i en medieringsdesign undersökt om sambandet mellan kön och psykiska besvär kan förklaras av problem med familj/umgänge. Resultaten visade en partiell mediering, vilket betyder att skillnader mellan män och kvinnor avseende psykiska besvär delvis kan relateras till att kvinnor har mer relationsproblem än män.

Ålder. Skillnaden mellan åldersgrupper är stor och visar att yngre missbrukare är mer socialt marginaliserade och har sämre psykisk hälsa än äldre missbrukare. Att yngre missbrukare har mer omfattande problem än äldre är sannolikt relaterat till narkotikamissbruk som är högst i den yngsta gruppen. Det sociala utanförskapet blir allvarligare ju yngre man är med större svårigheter att återanpassas till ett normalt liv. Hypotesen att yngres narkotikamissbruk "beror" på att yngre har mer psykiska problem än äldre fick dock inget stöd i våra analyser.

Narkotika och alkohol. Alla analyser visar att generellt sett är narkotikamissbruk relaterat till mer social utslagning och marginalisering och sämre hälsa än alkoholmissbruk. Narkotikamissbruk är kopplat till att vara bostadslös, ha sämre utbildning, kriminalitet, svårigheter att försörja sig och problem med både fysisk och psykisk hälsa. Varför det ser ut så framgår inte i ASI-08. Man vet att problem med hälsa i viss mån är relaterat till effekter av själva preparaten och till hur det används (CAN, 2008). Förutom detta finns förklaringar som att relationen mellan narkotikamissbruk och kriminalitet leder till ett tidigt utanförskap med låg utbildning, ingen erfarenhet av arbete och en identitet som är kopplad till missbruket. Efter-

som missbruk av narkotika som dominerande drog är relaterat till att vara yngre och i viss mån också till att vara utlandsfödd är risken för utanförskap särskilt stor med stora svårigheter att ändra sin livssituation. Detta utanförskap ökar också risken för att missbruket drar in personer i nära band med andra missbrukare, vilket har en negativ effekt på rehabilitering (se t.ex. Socialstyrelsen, 2007).

För klienter med narkotika som dominerande drog ger alla analyser en entydig bild men för klienter med alkohol som dominerande drog verkar det finnas två undergrupper av klienter. Klienter i gruppen som vi kallat Avgränsat alkohol har nästan enbart alkoholproblem och bedöms ha lite problem inom övriga områden, klienterna är äldre och det är ovanligt med tungt missbruk och mycket ovanligt med svår psykisk störning. Klienter i den andra gruppen som vi kallat Alkohol och psykisk störning är också något äldre, men här är kvinnor överrepresenterade och tungt missbruk av alkohol och svår psykisk störning är relativt vanligt. Det framgår inte i tidigare analyser att klienter med stora problem med alkohol kan delas in i två helt olika problemprofiler utan det resultatet framkommer först när hela mönstret av intervjuarskattningar analyseras. Att känna till dessa mönster har naturligtvis betydelse för behandling, Klienter i profilen Alkohol och psykisk störning behöver behandling för missbruk, psykisk störning och relationer, medan klienter i gruppen med Avgränsade alkoholproblem sannolikt huvudsakligen har behov av missbruksbehandling. Resultaten visar också att indelning i missbrukare efter bakgrundsvariabler som kön och ålder inte ger lika bra bild av problemtyp och insatser som en indelning baserad på en sammansatt bild av klientens problem.

Behandling för missbruk. Cirka en tredjedel av klienterna har någon gång fått behandling för missbruk och klienter med tungt missbruk fått något mer behandling än klienter utan tungt missbruk. En intressant fråga är hur stor andel av klienterna som fått behandling för sitt missbruk om man haft missbruksproblem en längre tid. För alkoholmissbruk kan man uppskatta hur länge man haft problem med missbruk av alkohol genom att analysera svaret på frågan hur många år man brukat alkohol till berusning tre dagar i veckan eller mer. Nästan hälften (49 procent) har svarat att man haft ett sådant bruk av alkohol i fem år eller mer. Men trots att man alltså haft sitt alkoholmissbruk ganska länge har endast hälften av dessa klienter behandlats någon gång för sitt alkoholmissbruk. En mindre andel (19 procent) av de som missbrukat alkohol mindre än fem år har också fått behandling för detta någon gång. När man

tolkar dessa siffror bör man ha i minnet att trots att klienterna haft sitt missbruk en längre tid kanske man inte sökt hjälp för detta. Det kan också vara en underrapportering av om man fått behandling för sitt missbruk. Klienterna kan ha glömt bort det eller inte tänkt på att man fått behandling etc. Det måste också vägas in att klienter kan ha erbjudits olika insatser/behandlingsalternativ men av olika skäl inte har genomfört någon behandling t.ex. pga. bristande motivation.

Föräldrar som bor med både partner och barn har en bättre situation än klienter som bor ensamma. Dessa föräldrar bedöms ha mindre problem med fysisk hälsa, arbete/försörjning, narkotika och kriminalitet samt för män också mindre problem med psykisk hälsa men mer problem med familj/umgänge. En del av skillnaderna kan bero på samhällets stöd i form av bättre boende men föräldrar arbetar mer och är något äldre och har mindre problem med narkotika än övriga klienter, vilket tyder på att det är en speciell grupp av missbrukare som har ett sambo förhållande och som lever med barn. Gruppen har dock inte fått mer behandling för missbruk än klienter som lever ensamma. Ensamma mödrar med barn verkar däremot vara en mer utsatt grupp jämfört med de som lever med både partner och barn. Man måste också se resultaten ur ett barnperspektiv, eftersom det finns många barn, som lever med föräldrar som har problem med missbruk. Bland dessa kan också finnas barn som lever i särskilt utsatta miljöer, som t.ex. att det finns klienter som lever med barn, som uppgett att de är bostadslösa.

Boendeort och år. Det är små skillnader över år och mellan boendeorter i våra analyser vilket sannolikt beror på att dessa variabler är sammanblandade med de enheter som kommit in i ASI-08 över år och på hur boendeort definierats i ASI. För att få bättre uppfattning om dessa variabler måste man ha andra frågor om boendeorter och också ha någon beskrivning av enheterna som ingår och hur de skiljer sig i viktiga avseenden.

6.4 Del 2: Uppföljningsintervjuer och förändringar över tid

Uppföljningstiden mellan grundintervju och första uppföljningsintervju är knappt ett år i snitt, ($M = 12$ mån., $Md = 10$ mån.). Variationen är dock stor – mellan några dagar och upp till 6 år, Fyra procent har kortare uppföljningstid än 4 månader och

7 procent längre än två år. Sextiosex procent har kortare uppföljningstid än ett år, vilket visar att det är en klar tyngdpunkt strax under ett år. Vissa samband mellan förändringar i intervjuarskattning och uppföljningstidens längd är signifikanta men mycket små. För Arbeta/försörjning ($r = 0,06$), Narkotika ($r = 0,13$) och Familj/umgänge ($r = 0,04$) är längre uppföljningstid relaterat till större förändring. Vi bedömer dock inte att skillnaderna i tid mellan grundintervju och uppföljningsintervju har någon avgörande betydelse för våra analyser.

Uppföljningsintervjuerna utgör 22 procent av alla intervjuer. Eftersom det saknas grundintervju för 176 klienter som har uppföljningsintervju kan man säga att 21 procent av klienter med grundintervju har en uppföljningsintervju. En första fråga gäller vilka klienter som följts upp och om det kan betraktas som ett representativt urval ur alla som gjort grundintervjuer. I tabell 16 visas medelvärden och standardavvikelser för intervjuarskattningar i grundintervjuerna uppdelade på klienter som följts upp och inte följts upp. Generellt gäller för hela avsnittet som följer att antalet klienter kan variera i olika jämförelser beroende på internt bortfall på enskilda variabler.

Tabell 16 Medelvärden och standardavvikelser för intervjuarskattning vid grundintervjuerna uppdelade på klienter som följts upp och ej följts upp

	Ej uppföljda N=10879		Uppföljda N=2926	
	M	SD	M	SD
Fysisk hälsa**	1,98	2,26	2,15	2,34
Arbete försörjn **	2,59	2,52	2,8	2,57
Alkohol	3,81	2,77	3,88	2,87
Narkotika*	2,78	3,15	2,92	3,19
Kriminalitet *	0,96	1,9	0,88	1,8
Familj umgänge	2,55	2,41	2,56	2,38
Psykisk hälsa	3,49	2,64	3,42	2,62

** $p < .01$; * $p < .05$

De signifikanta skillnader som finns antyder att de klienter som följs upp har något mer problem än de som inte följs upp förutom problem med kriminalitet som är lägre i grundintervjun för de som följts upp. Alla skillnader är dock mycket små även om en del blir

signifikanta med så stora grupper. En något större andel av männen (22 procent) än kvinnorna (20 procent) följs upp och de som följs upp är drygt ett år äldre än de som inte följs upp. Det är inte så stora skillnader i hur stor andel som följs upp och ej följs upp när man ser till tungt missbruk (tungt alkohol 21 procent jmf 22 procent; tung narkotika 24 procent jmf 21 procent) men något färre med sannolik svår psykisk störning (20 procent jmf 23 procent) följs upp. Några andra skillnader mellan klienter som följs upp och inte är: de små orterna har en något högre andel uppföljda (24 procent) än de mellanstora (23 procent) och storstäderna (20 procent), fler utlandsfödda klienter följs upp (30 procent) än klienter födda i Sverige (21 procent), de med Hepatit C följs upp oftare (25 procent) jämfört med de utan (20 procent). I mindre utsträckning följs de upp som de senaste 30 dagarna får hjälp med fysisk hälsa (9 procent jmf 22 procent), hjälp med arbetsproblem (9 procent jmf 22 procent), klienter med egna barn (10 procent jmf med 23 procent). Sammanfattningsvis verkar det vara små skillnader mellan de som följs upp och inte och tendensen är snarast att klienter med större problem följs upp, dock något mindre andel med svår psykisk störning.

6.4.1 Att tolka förändring

Att mäta och tolka förändring i problemnivåer för klienter innebär att man måste hantera ett antal statistiska problem, eller artefakter, som vi redogör för i Armelius & Armelius, 2010a. Sammanfattningsvis kan man säga att man riskerar att tolka skillnader mellan grundintervju och uppföljningsintervju som uttryck för att klienterna förbättrats när det lika gärna kan röra sig om olika artefakter. Huvudproblemet är att klienter med höga problemnivåer nästan alltid uppvisar de största förbättringarna. För att mot denna bakgrund få en rimlig uppfattning om hur klienterna förändrats mellan grundintervju och uppföljningsintervju kommer vi att använda några olika sätt att beskriva förändring: 1. Skillnader i medelvärden på intervjuarskattning för olika problemområden, och 2. Reliabel förändring, som är den andel klienter i procent som förändrats minst 2 skalsteg mellan grundintervju och uppföljningsintervju. 3. Andel problemfria klienter initialt och vid uppföljningen.

6.4.2 Förändring i medelvärden mellan grundintervju och uppföljningsintervju för olika problemområden

Skillnader i intervjuarskattningar mellan den första grundintervjun och den första uppföljningsintervjun visas i tabell 172 nedan.

Tabell 17 Genomsnittlig intervjuarskattning (skala 0–9) för grundintervju och uppföljningsintervju samt differens mellan medelvärdena (G-U)

	Grund	Uppföljning	Differens
	N 13750	N 3000	G-U
Fysisk hälsa	2,01	1,77	0,24
Arbete, försörjning	2,63	2,05	0,58
Alkohol	3,83	2,14	1,69
Narkotika	2,81	1,69	1,12
Kriminalitet	0,95	0,47	0,48
Familj, umgänge	2,56	1,52	1,04
Psykisk hälsa	3,48	2,22	1,26

Skillnaderna i intervjuarskattning mellan grundintervju och uppföljningsintervju (G-U) varierar mellan 0,24 och 1,69 med ett totalt genomsnitt på 0,92 enheter på skalan för intervjuarskattningar (0–9). Alla förändringar mellan G och U är signifikanta. Störst skillnad är det för problem med alkohol följt av psykiska problem, problem med narkotika, och problem med familj/umgänge. Det är anmärkningsvärt liten förbättring för fysisk hälsa och arbete/försörjning trots att man börjar på relativt höga problemnivåer.

6.4.3 Andel klienter som visar en reliabel förändring för olika problemområden

Ett sätt att få en uppfattning om förändringens betydelse med hänsyn till att det också finns mätfel är att beräkna hur stor andel av klienterna som försämrats, förbättrats eller är oförändrade mätt med minst 2 skalsteg i olika problemområden (se Armelius & Armelius, 2010a, för detaljerad beskrivning av beräkningsgrunden). Det ger en säkerhet på 95 procent (konfidensintervall, CI) för att förändringen för en enskild klient är pålitlig och inte bara uttryck för att

intervjuarskattningarna är lite opålitliga. I tabell 18 visas hur stor andel som uppvisar en reliabel förändring och är oförändrade.

Tabell 18 Andel uppföljda klienter i % som är oförändrade, försämrats eller förbättrats för olika problemområden med minst 2 steg på intervjuarskattningen (95% konfidensintervall).

	Alla N=2890		
	Sämre	Oförändrad	Bättre
Fysisk hälsa	17	55	28
Arbete försörjning	15	53	32
Alkohol	7	47	45
Narkotika	5	63	31
Kriminalitet	6	78	16
Familj umgänge	12	50	38
Psykisk hälsa	12	47	41

Huvudintrycket av tabellen är att en majoritet av klienterna är oförändrade och en liten andel har försämrats. Försämringen är minst för missbruksvariablerna. Det är en stor skillnad mellan alkohol och narkotika avseende hur stor andel som är förbättrade respektive oförändrade. För problem med alkohol har nästan hälften av klienterna förbättrats, men det är en knapp tredjedel förbättrade avseende narkotika. För problem med psykisk hälsa och familj/umgänge är det drygt en tredjedel som förbättras. För problem med arbete/försörjning är det en knapp tredjedel. När det gäller kriminalitet är det – som väntat med tanke på den allmänna problemnivån – inte så stor andel som ändras.

Dessa resultat kan ses som en första indikator på att cirka en tredjedel av missbruksvårdens klienter får en bättre situation efter ett år än de hade innan och att en mindre andel försämras. Man kan naturligtvis inte dra slutsatsen att förändringarna beror på missbruksvårdens insatser eftersom det finns ett antal andra tänkbara förklaringar. Förmodligen rör det sig dock inte om ett positivt urval av klienter som följs upp, men det kan t.ex. vara kombinationer av spontan förbättring, mognad eller statistiska artefakter. Utan jämförelsegrupper blir tolkningar av orsaker till förändring svåra att göra. I faktaunderlaget till nationella riktlinjer för missbruksvård skriver Blomqvist (2006) att återhämtande från såväl alkohol som narkotikamissbruk ofta sker utan formell behandling i form av s.k.

spontanläkning. Det är en mängd faktorer som bidrar till att många med missbruksproblem förr eller senare får mindre problem eller blir problemfria. I tvärsnittsstudier uppskattas den s.k. spontanläkningen till mellan några procent och 30 procent per år. I longitudinella studier kan andelen spontant återhämtade från ett tidigare missbruk av något slag vara ännu högre – kring 50 procent per år, men det kan vara en överskattning då i regel inte alla inkluderas, t.ex. klienter som avlidit eller är alltför dåliga. Blomqvist påpekar också att det finns avsevärda problem både med att definiera missbruk och återhämtning, vilket gör alla uppskattningar osäkra. Ett intressant resultat enligt Blomqvist är att klienter med högre initiala problemnivåer har en större andel med spontan återhämtning än klienter med lägre problemnivåer, kanske för att de är mer motiverade att ändra sitt missbruk.

Närmast följer en analys av hur olika grupper av klienter förändrats inom olika problemområden med hjälp av utfallsmåttet reliabel förändring eller minst 2 skalsteg.

Män och kvinnor

Andel som försämrats, förbättrats samt är oförändrade för män och kvinnor visas i tabell 19.

Tabell 19 Andel kvinnor och män som försämrats, förbättrats samt är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju med minst 2 skalsteg (95 procent konfidensintervall)

	Man N=2047			Kvinna N=842		
	Sämre	Oförändrad	Bättre	Sämre	Oförändrad	Bättre
Fysisk hälsa	17	56	27	18	53	29
Arbete försörjn	15	53	32	13	53	31
Alkohol	7	48	45	8	47	45
Narkotika	5	63	31	6	63	31
Kriminalitet	7	75	18	4	84	11
Familj umgänge	12	52	36	12	45	43
Psykisk hälsa	13	48	39	11	43	46

Det är ingen större skillnad mellan kvinnor och män när det gäller andelen som förbättrats eller försämrats. Kvinnorna har något större andel förbättrade inom familj/umgänge och psykisk hälsa.

Ålder

I tabellen nedan redovisas andelen som försämrats, förbättrats samt är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju i olika åldersgrupper.

Tabell 20 Andel som försämrats eller förbättrats med minst 2 skalsteg eller är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju i olika åldersgrupper

	Ålder –33 år, N=880			Ålder 34–46 år, N=947			Ålder 47– år, N=1055		
	Sämre	Oför- ändrad	Bättre	Sämre	Oför- ändrad	Bättre	Sämre	Oför- ändrad	Bättre
Fysisk hälsa	16	58	27	17	56	27	19	53	29
Arbete försörjning	14	48	38	18	49	33	12	61	27
Alkohol	8	58	34	8	49	44	6	39	55
Narkotika	8	45	47	6	62	33	3	82	16
Kriminalitet	9	68	24	7	76	17	3	88	9
Familj umgänge	12	45	43	14	46	40	10	57	33
Psykisk hälsa	14	42	45	13	45	42	11	53	37

En större andel av unga än äldre förbättras på många livsområden förutom alkohol där det är större andel förbättrade med ökande ålder. För fysisk hälsa är det en liknande svag tendens. Åldersgruppen 34–46 år har en något ökad andel försämrade inom arbete/försörjning och familj/umgänge, vilket kanske återspeglar specifika problem i deras livsfas.

Tungt missbruk

Andelen förändrade med minst 2 skalsteg bland missbrukare med tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk visas i tabellen nedan.

Tabell 21 Andel som försämrats eller förbättrats med minst 2 skalsteg samt är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju för klienter med tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk

	Tungt alkoholmissbruk N=352			Tungt narkotikamissbruk N=537		
	Sämre	Oförändrad	Bättre	Sämre	Oförändrad	Bättre
Fysisk hälsa	21	51	29	18	52	30
Arbete försörjn	16	49	35	13	56	41
Alkohol	4	35	62	8	68	24
Narkotika	6	72	23	7	39	54
Kriminalitet	6	82	12	8	71	21
Familj umgänge	14	46	40	13	46	41
Psykisk hälsa	13	42	45	12	46	42

Drygt 60 procent av klienter med tungt alkoholmissbruk har förbättrats 2 skalsteg avseende problem med alkohol och drygt 50 procent av klienter med tungt narkotikamissbruk har förbättrats 2 skalsteg avseende problem med narkotika. Det är inga större skillnader i andelen som försämras för klienter mer tungt alkohol- eller tungt narkotikamissbruk inom andra områden, men jämfört med alla klienter (tabell 23) är det i regel en lite större andel förbättrade. Det är värt att notera att klienter som har mer grava missbruksproblem uppvisar en större andel förbättrade än övriga klienter!

Svår psykisk störning

Andelen förändrade bland missbrukare med sannolik svår psykisk störning jämfört med övriga visas i tabellen nedan.

Tabell 22 Andel som försämrats eller förbättrats med minst 2 skalsteg (95 % konfidensintervall), samt är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju för de som har sannolik svår psykisk störning och övriga

	Svår psykisk störning N= 776			Övriga N= 2114		
	Sämre	Oförändrad	Bättre	Sämre	Oförändrad	Bättre
Fysisk hälsa	16	50	34	18	57	25
Arbete försörjning	16	46	38	14	55	30
Alkohol	7	43	50	8	49	43
Narkotika	4	54	42	6	67	27
Kriminalitet	5	75	20	6	79	15
Familj umgänge	11	39	50	12	53	34
Psykisk hälsa	3	33	64	16	52	32

När man jämför med övriga klienter i ASI-08 får man komma ihåg att problemlinjen för psykisk hälsa är lägre jämfört med gruppen med sannolik svår psykisk störning. Det är emellertid inte bara området psykisk hälsa som utmärker sig utan även för de andra områdena är det en större andel förbättrade bland de med svår psykisk störning än bland övriga. Andelen försämrade är också något lägre i allmänhet och hälften av dem blir bättre avseende alkohol- och familjeproblem och nästan två tredjedelar förbättrar sin psykiska hälsa.

Problemprofiler vid grundintervjun

Andelen förändrade för de olika problemprofiler som skapades med klusteranalys av intervjuarskattningarna vid grundintervjun visas i tabell 28.

Tabell 23 Andel som försämrats eller förbättrats med minst 2 skalsteg samt är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju för de olika problemprofilerna

	Narkotikaproblem N=968			Avgränsade alk probl N=953			Alkohol & psyk N=761		
	Sämre	Oförändrad	Bättre	Sämre	Oförändrad	Bättre	Sämre	Oförändrad	Bättre
Fysisk hälsa	19	50	31	18	64	18	13	51	36
Arbete försörjn	16	47	36	16	65	19	11	44	44
Alkohol	10	63	27	8	43	50	3	33	64
Narkotika	6	30	64	6	88	6	4	76	20
Kriminalitet	9	63	28	3	80	6	5	82	13
Familj umgänge	13	46	41	14	68	18	7	32	61
Psykisk hälsa	12	42	46	16	63	21	6	33	61

Det är en stor skillnad i utfall för de två undergrupperna med alkoholproblem. Andelen förbättrade i profilen Avgränsade alkoholproblem är betydligt lägre än i profilen med alkohol och psykisk störning. I profilen Avgränsade alkoholproblem är det nästan lika många som försämras, snarare än förbättras utom för alkohol, där det sker en förbättring för hälften av klienterna. För profilen Alkohol och psykiska problem sker en stor förbättring inom alkohol, familj/umgänge och psykisk hälsa där närmare två tredjedelar förbättras och väldigt få försämras. Även med avseende på arbete/försörjning och fysisk hälsa förbättras mer än en tredjedel i den profilen. För profilen Narkotikaproblem sker en stor förbättring inom narkotika men inte lika stor förbättring inom övriga områden som för profilen Alkohol och psykiska problem. Andelen försämrade är ungefär lika stor som för profilen Avgränsade alkoholproblem, vilket antyder att är ett mer polariserat utfall även för klienter med narkotikaproblem. Kanske kan man säga att Narkotikaprofilen ligger mellan de två alkoholprofilerna när det gäller förändringar i

andra avseenden än narkotika och kriminalitet, där de har störst förbättring.

Resultaten för grupper med tungt missbruk och svår psykisk störning samt för problemprofilerna ger en annan bild av förändringar än den som framkom när vi såg till hela ASI-08 i tabell 22. Där var cirka en tredjedel av klienterna förbättrade och drygt hälften oförändrade. Vid jämförelse med resultaten för undergrupper baserade på problemtyngda grupper är resultaten mer nyanserade. För narkotikaproblem blir det t.ex. en förändring från 31 procent till 54 procent när man ser till klienter med tungt narkotikamissbruk eller till 64 procent för klienter i problemprofilen som utmärks av narkotikaproblem. På samma sätt ökar andelen förbättrade avseende alkohol från 45 procent till 62 procent resp. 64 procent när man ser till klienter med tungt alkoholmissbruk eller till klienter i profilen Alkohol och psykiska problem. Även för profilen Avgränsade alkoholproblem stiger andelen förbättrade något men mer marginellt från 45 procent till 50 procent. Ett sätt att förstå dessa skillnader är att inte tänka på missbrukare som en homogen grupp utan på två eller kanske tre olika undergrupper. Om man inte håller isär dem när man använder problemspecifika utfallsvariabler blir resultaten ospecifika och utslätade. Som om man blandar en grupp psykiatripatienter med social fobi och med en grupp patienter som har schizofreni och endast redovisar förändringar i omfattningen av psykotiska symtom. En mer nyanserad sammanfattning av hur missbruksvårdens klienter förändras blir således att mellan hälften och två tredjedelar blir bättre avseende sitt huvudsakliga missbruksproblem medan det för andra problemområden är mellan en fjärdedel och hälften som blir bättre. För de med tyngre eller allvarliga problem verkar det vara en större andel som förbättras än för klienter med lindrigare problem.

Förändringar för andra grupper

Skillnaderna mellan olika boendeorter är inte särskilt stora. Klienter som bor på mindre orter har en något större förbättring i alkohol och psykisk hälsa än övriga orter och en mindre förbättring i narkotika. De som lever med en som missbrukar alkohol har en något större andel som förbättras med avseende på familjeproblem än övriga. Det gäller också för de som lever tillsammans med en som missbrukar narkotika, men där har också en större andel för-

bättrats avseende narkotikaproblem, vilket är något förvånande med tanke på den vanliga uppfattningen att missbrukare bör förändra sitt drogrelaterade umgänge. Inom alla områden utom alkohol är det en något större andel utländska medborgare som försämras än svenska medborgare. För arbete/försörjning är det en skillnad på 6 procent i andelen förbättrade och för familj/umgänge är skillnaden 5 procent lägre för utländska medborgare. Det rör sig om relativt små men systematiska skillnader som bör uppmärksammas eftersom det finns risk att kulturella skillnader kan få betydelse för klienternas utveckling.

6.4.4 Problemfria klienter

Ett tredje sätt att analysera utfall är att se hur många klienter som bedömts vara problemfria för varje problemområde initialt och vid uppföljningen (problemfri skattning = 0). Detta sätt att visa förändring baseras bara på värdet 0 i intervjuarskattningarna, och kan antas vara mindre påverkat av oklarheter i definitioner av skalsteg och statistiska artefakter. Eftersom det kan vara intressant att få en bild av andel missbruksklienter som bedömts vara helt utan problem/hjälpbehov i hela gruppen redovisar vi andel problemfria klienter för alla klienter i grundintervjun och inte enbart för de klienter som följts upp (skillnaden är högst 2 procent). Resultaten av analysen visas i tabellen nedan för områdena Alkohol, Narkotika och Psykisk hälsa. I tabellen anges antal individer i olika grupper som beräkningarna grundas på samt procentuella andelen som är problemfria (intervjuarskattning = 0) initialt och vid uppföljningen.

Tabell 24 Procentuell andel klienter som är problemfria vid grund- och uppföljningsintervju för problem med alkohol, narkotika och med psykisk hälsa. Alla och uppdelat efter kön och ålder.

	N före	N efter	Alkohol		Narkotika		Psykisk hälsa	
			Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
Alla	13 805	3 051	26	46	50	64	26	45
Bakgrund								
Man	9 496	2 045	26	46	48	62	29	46
Kvinna	4 253	848	26	47	56	68	20	41
Ålder –33	4 693	879	39	61	26	42	20	37
Ålder 34–46	4 391	938	25	42	50	64	23	41
Ålder 47–	4 638	1 049	13	37	76	83	36	55

Tabellen innehåller mycket information som dock är konsistent med vad som redan framkommit i andra analyser och kan i den meningen ses som ett sätt att validera tidigare beräkningar. Initialt har 26 procent av klienterna inga problem med alkohol och vid uppföljningen har detta ökat till 46 procent. Hälften av klienterna har initialt inga problem med narkotika och vid uppföljningen har detta ökat till 64 procent. Initialt har 26 procent inga problem med psykisk hälsa och vid uppföljningsintervjun har detta ökat till 45 procent. Det betyder att ökningen i andel problemfria klienter är störst för problem med alkohol och psykisk hälsa och minst för problem med narkotika. Det visar också att knappt hälften har problem med alkohol och psykisk hälsa och cirka en tredjedel med narkotika i uppföljningen. När det gäller bakgrundsvariablerna kön och ålder bekräftas tidigare resultat. Det är mycket små skillnader mellan män och kvinnor och de yngre klienterna har en större andel problemfria vid uppföljningen inom alkohol än de äldre, medan mönstret är det motsatta för narkotika och psykisk hälsa. Vi har också undersökt hur stor andel av problemfria klienter vid grundintervjun som har fått problem vid uppföljningen (definierat som en intervjuarskattning på minst 1). Andelen av initialt problemfria som fått problem är 10 procent för narkotika, 26 procent för alkohol och 20 procent för psykisk hälsa. Det är således relativt ovanligt att problemfria klienter får problem efter ett år.

Behandling mellan grundintervju och uppföljningsintervju

Tyvärr är det lite olika formuleringar i frågor om behandling i de två versionerna av uppföljningsintervjun för ASI. Fram till 2006 gäller frågorna om man fått behandling inom ett område under de sista 6 månaderna, men i den nyare versionen frågar man om man fått behandling sedan förra intervjun. Eftersom data behandlas lika i de två versionerna finns det alltså en risk för underskattning av behandlingsinsatser mellan intervjuerna i den tidigare versionen. Vi vet inte heller om man prioriterar uppföljning för klienter som erbjudits behandling, alternativt inte erbjudits behandling efter första intervjun eller om det finns någon annan systematisk urvalsfaktor relaterat till behandling inför uppföljningsintervjuerna. Slutligen bör man notera att begreppet behandling inte är definierat och kan ha väldigt olika innebörd för olika klienter, vilket gör att man bör

tolka alla uppgifter med stor försiktighet. Här har vi använt frågor om öppenvård, slutenvård och tvångsvård för missbruk. Behandling i psykiatri avser öppen och sluten psykiatrisk vård. Generellt redovisas endast signifikanta skillnader.

Behandling av både missbruksproblem och psykiska problem under tiden mellan de två intervjuerna är relativt ovanligt.

- Av de 3 126 klienter som har uppföljningsintervju har 694 klienter (22 procent) fått åtminstone en insats i form av sluten eller öppen vård inom alkohol, narkotika eller psykiatri mellan de två intervjutillfällena.
- Öppenvård är ungefär dubbelt så vanligt som slutenvård.
- Totalt har 9 procent fått behandling för narkotikaproblem, 15 procent för alkoholproblem och 7 procent för psykiska problem mellan intervjutillfällena.
- Av de 216 som fått psykiatrisk vård har 60 procent också fått vård för alkoholproblem och 40 procent för narkotikaproblem.
- Hälften av alla som fått narkotikavård är under 33 år, medan hälften av alla som fått alkoholvård är över 47 år.
- Det är något vanligare både att unga klienter och kvinnor fått psykiatrisk vård (8 resp. 6 procent).
- En lika stor andel (15 procent) bland män och kvinnor har fått alkohol och narkotikavård.

Förändring och behandling mellan G och U för olika problemprofiler

En viktig fråga man kan ställa sig är hur förändring mellan grundintervju och uppföljningsintervju är relaterat till vård mellan intervjutillfällena. När vi talar om effekter i detta avsnitt avser det statistiska effekter och inte orsakseffekter, eftersom vi inte kan göra jämförelser som är kontrollerade för faktorer som förutom själva vårdinsatsen också kan förklara eventuella skillnader mellan de som fått och inte fått en viss vård. Som framgick av förra stycket finns skillnader mellan klienter som fått och inte fått vård av olika slag och vårdformerna kombineras på olika sätt för olika individer, vilket skapar ett komplicerat mönster, som vi inte kan ta hänsyn till. Varje vårdform redovisas oberoende av de övriga, vilket gör att

kombinationer eller flera vårdinsatser för en individ inte syns i tabellerna.

Trots att det rör sig om små andelar som fått någon form av behandling inom de olika profilerna är det ur ett behandlingsperspektiv ofta ett relativt stort antal klienter det rör sig om, vilket motiverar en närmare analys, där vi jämför utfall för klienter i samma problemprofil som fått vård med de som inte fått. På så sätt jämförs klienter med liknande problem. I de följande tre tabellerna betyder "ns" att det inte är en signifikant skillnad mellan de som fått och inte fått vård. Om det är en signifikant skillnad anges vilken grupp som har den största förbättringen, samt p-värdet. Beteckningen "pos" markerar att förbättringen är större för de som fått behandling och "neg" markerar att förbättringen är större för de som inte fått behandling. Vi har endast undersökt skillnader i det relevanta missbruket och psykisk hälsa för varje profil. I tabellerna anges antalet som fått vård samt hur stor procentuell andel av klienter i problemprofilen det handlar om.

Tabell 25 Resultat av signifikanstest av förändringar i intervjuarskattningar för klienter i problemprofilen Narkotikaproblem som fått och inte fått olika typer av vård mellan G och U

	Narkotikaproblem N=972			
	N	%	Narkotika	Psykisk hälsa
Sluten psykiatrisk	14	1 %	ns	ns
Öppen psykiatrisk	64	7 %	ns	ns
Sluten alkohol	29	3 %	ns	ns
Öppen alkohol	40	4 %	ns	ns
Sluten narkotika	80	8 %	ns	ns
Öppen narkotika	158	16 %	pos p=.00	ns

Generellt matchar behandling problem så att narkotikavård är vanligast i denna profil. Det finns en positiv effekt för problem med narkotika för de 16 procent i profilen Narkotikaproblem som fått öppen narkotikavård.

Tabell 26 Resultat av signifikanstest av förändringar i intervjuarskattningar för klienter i problemprofilen Avgränsade alkoholproblem som fått och inte fått olika typer av vård mellan G och U

	Avgränsat alkohol N= 955			
	N	%	Alkohol	Psykisk hälsa
Sluten psykiatrisk	9	1 %	ns	ns
Öppen psykiatrisk	44	5 %	ns	ns
Sluten alkohol	45	5 %	ns	neg p=.03
Öppen alkohol	183	19 %	pos p=.00	ns
Sluten narkotika	12	1 %	ns	ns
Öppen narkotika	27	3 %	neg p=.01	neg p=.01

Generellt matchar behandling problem också här så att alkoholvård är vanligast. De 19 procent som fått öppen alkoholvård uppvisar en positiv effekt på alkohol. Däremot finns en negativ effekt på psykisk hälsa för de 5 procent som fått sluten alkoholvård och negativa effekter på både alkohol och psykisk hälsa för de 3 procent som fått öppen narkotikavård.

Tabell 27 Resultat av signifikanstest av förändringar i intervjuarskattningar för klienter i problemprofilen Alkohol och psykiska problem som fått och inte fått olika typer av vård mellan G och U

	Alkohol och psykiska problem N=760			
	N	%	Alkohol	Psykisk hälsa
Sluten psykiatrisk	17	2 %	Ns	ns
Öppen psykiatrisk	62	6 %	Ns	neg p=.03
Sluten alkohol	47	5 %	ns	neg p=.04
Öppen alkohol	144	15 %	ns	ns
Sluten narkotika	12	1 %	ns	ns
Öppen narkotika	19	2 %	pos p=.04	ns

För de 6 procent av klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem som fått psykiatrisk öppenvård finns en negativ effekt på psykisk hälsa. Märkligt nog finns en positiv effekt på alkohol för de 19 klienter som fått öppen narkotikavård. Denna lilla grupp har höga probleminivåer på alkohol, narkotika och psykisk hälsa initialt.

Sammanfattningsvis verkar klienter i problemprofilen Alkohol och psykiska problem reagera sämst på behandlingsinsatser mellan

intervjutillfällena i såväl öppen som sluten vård. Dessa klienter har en mer omfattande problembild som förmodligen kräver långvariga och differentierade insatser inom flera problemområden. Öppen missbruksvård verkar fungera bra för klienter i de andra två profilerna, men det går inte att se några positiva effekter av öppen eller sluten psykiatrisk vård. När det gäller slutenvård ser man inga positiva effekter. Med reservation för att begreppen sluten och öppen vård är definierade endast genom klientens svar på intervjufrågorna vid uppföljningsintervjun kan man säga att det förekommer väldigt lite behandling av något slag, men den behandling som ges följer i stort sett missbruksmönstret. Behandlingsinsatser i öppenvård riktade mot missbruket verkar ha en positiv effekt på missbruket.

Tidigare vårdinsatser

Det är också av intresse att undersöka hur tidigare vård samvarierar med förändringar mellan intervjutillfällena eftersom det kan vara så att effekterna av missbruksvård inte visar sig omedelbart efter en vårdepisod. Det kan t.ex. vara så att även om missbruket inte förändras kanske motivationen för vidare vård har ökat, vilket leder till att man är mer benägen att söka hjälp. Det kan också vara så att de som fått tidigare behandling har svårare att tillgodogöra sig behandling eller av andra skäl förändras mindre än de som inte erhållit tidigare behandling. I analyser av tidigare behandling har vi har endast noterat om man fått tidigare behandling eller ej och alltså inte tagit hänsyn till hur många gånger det handlar om. Liksom i tidigare analyser jämförs de klienter som fått tidigare behandling med de som inte fått tidigare behandling inom varje problemprofil. På så sätt jämförs klienter som har liknande problem, där en grupp fått tidigare behandling och en inte har fått det.

Profilen Narkotikaproblem:

- För de 377 som fått tidigare tvångsvård för narkotika fanns en negativ skillnad ($p=.03$) för narkotikaproblem och en negativ skillnad ($p=.03$) för psykisk hälsa
- För de 73 som tidigare erhållit tvångsvård för alkohol fanns en positiv skillnad ($p=.00$) för alkohol
- För de 240 som tidigare erhållit sluten psykiatrisk vård fanns en positiv skillnad ($p=.00$) i psykisk hälsa

- För de 406 som tidigare erhållit öppen psykiatrisk vård fanns positiva skillnader för alla tre områdena alkohol ($p < .03$), narkotika ($p = .02$) och psykisk hälsa ($p = .00$)

Profilen Avgränsade alkoholproblem:

- För de 35 som tidigare erhållit öppen narkotikavård fanns negativa effekter inom alla tre områdena alkohol ($p = .00$), narkotika ($p = .01$) och psykisk hälsa ($p = .01$)
- För de 80 som tidigare erhållit sluten narkotikavård fanns negativa effekter inom alla tre områdena alkohol ($p = .00$), narkotika ($p = .01$) och psykisk hälsa ($p = .00$).
- För de 155 som tidigare fått sluten psykiatrisk vård var det en negativ skillnad i alkohol ($p = .03$).
- För de 314 som fått öppen psykiatrisk vård tidigare var det en positiv skillnad i psykisk hälsa ($p = .01$)

Profilen Alkohol och psykiska problem:

- För de 48 som tidigare erhållit öppen narkotikavård fanns en positiv skillnad i narkotika ($p = .00$)
- För de 90 som tidigare erhållit sluten narkotikavård fanns en positiv skillnad i narkotika ($p = .00$)
- För de 239 som tidigare erhållit sluten psykiatrisk vård fanns en positiv skillnad i narkotika ($p = .03$)

Sammanfattningsvis verkar det som om klienter i Narkotikaprofilen som fått tidigare tvångsvård för narkotikamissbruk har sämre utfall för både narkotika och psykisk hälsa än de klienter som inte fått sådan vård medan sluten psykiatrisk vård och framför allt öppen sådan har positiva effekter både på klienternas psykiska hälsa och på missbruksproblem. För klienter med Avgränsade alkoholproblem verkar inte tidigare alkoholbehandling ha någon betydelse, medan tidigare narkotikabehandling har gett negativa effekter. Öppen psykiatrisk vård verkar förbättra klienternas psykiska hälsa men sluten psykiatrisk vård verkar ha en negativ effekt på alkoholproblem. Klienter i profilen Alkohol och psykiska problem som tidigare fått öppen- och sluten narkotikavård och sluten psykiatrisk vård uppvisar en större förbättring i narkotikaproblem än de som inte fått sådan vård.

Sammanfattande bild av vårdinsatser och förändring

Det är en komplicerad bild som framträder när man ser till samband mellan såväl tidigare vård som vård under tiden mellan intervjuerna och förändringar i intervjuarskattningar mellan grundintervju och uppföljningsintervju. Det verkar dock finnas några tendenser till mönster. Ett mönster är att tidigare psykiatrisk öppenvård, kan ge positiva effekter på lång sikt inom flera områden. Man kan dock inte så några effekter av psykiatrisk vård i mellanperioden, vilket kan bero på att det förekommer väldigt sparsamt. Ett annat mönster är att effekterna av tidigare vård inte verkar ge några positiva effekter på alkohol för någon av de två undergrupperna av klienter med alkoholproblem och effekterna av vård i mellanperioden är positiva endast för öppenvård för klienter med Avgränsade alkoholproblem. De få klienter med Avgränsade alkoholproblem som tidigare fått narkotikavård av något slag kan ha varit felbehandlade eftersom de uppvisar negativa långtidseffekter. Å andra sidan finns inga positiva effekter av tidigare alkoholvård vilket leder tanken till att deras missbruk är svårbehandlat. Man kan dock notera positiva effekter av psykiatrisk vård på deras psykiska hälsa. För klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem verkar framför allt narkotikaproblemen kunna påverkas av tidigare narkotikavård eller psykiatrisk vård. Klienter i profilen Narkotikaproblem uppvisar positiva behandlingseffekter i mellanperioden, vilket stärker bilden att problem med narkotika är mer positivt relaterat till behandlingsinsatser än vad alkoholproblem är. Detta kan hänga samman med att bruk och missbruk av alkohol är mer accepterat och därmed mindre stigmatiserande än missbruk av narkotika.

6.4.5 Diskussion i anslutning till analys av förändringar

Huvudintrycket när det gäller hur klienterna förändras är att även om en stor del är oförändrade efter ett år så har många fått mindre problem. I första hand är det klienter med mer problem som förbättras och förbättringen sker inom de områden där man har mest problem och hjälpbehov. Även om statistiska artefakter delvis kan spela en roll kan inte det inte vara hela förklaringen utan det rör sig om förändringar som har hög klinisk relevans. Vi har använt många olika angreppssätt för att studera förändringar och den samlade bilden stämmer väl överens oberoende av vilken metod man väljer. Om man

ser till hela gruppen av klienter så förbättras knappt hälften av klienterna avseende alkohol och cirka en tredjedel för narkotika och övriga problemområden, men om man tar hänsyn till att det är skillnad mellan narkotikamissbrukare och alkoholmissbrukare när det gäller utfall av missbruket framstår förbättringarna av missbruk som större. För att ta hänsyn även till förekomsten av blandmissbruk bör man utgå från resultaten för problemprofilerna, som visar att mellan hälften och två tredjedelar av klienterna förbättras inte bara inom sitt missbruksområde, utan att även det icke dominerande missbruket förbättras. Resultaten avseende klienter med tungt missbruk visar ungefär samma resultat. Man bör vara alltså vara försiktig med att tolka resultat för hela gruppen när det gäller missbruksproblem, medan övriga problem är mer likartade i de två missbrukstyperna Narkotikaproblem och Alkohol och psykiska problem. Även om en majoritet av klienterna kan sägas ha uppnått en förbättring så finns en liten andel på 5–20 procent som försämras och de flesta klienter har kvarstående problem även efter ett år. Analysen av andelen problemfria visar att mer än hälften av klienterna har kvarstående problem med sitt missbruk.

Förändringen för alkoholmissbrukare ger en blandad bild. Resultaten blir något klarare när man ser på de två problemprofiler som skapades för alkoholmissbrukare. De med Avgränsade alkoholproblem uppvisar en betydligt mindre förbättring och något större andel försämrade än problemprofilen Alkohol och psykiska problem. I den senare problemprofilen har en relativt stor andel förbättras både avseende alkohol (64 procent) och psykisk hälsa (61 procent) samt familjeproblem 61 procent, medan det rör sig om högst 20 procent i profilen med Avgränsade alkoholproblem. Hur kan man förklara det sämre utfallet för problemprofilen Avgränsade alkoholproblem? En orsak är naturligtvis att de har begränsade problem redan vid grundintervjun och inte kan bli så mycket bättre. Men det räcker inte som förklaring eftersom en större andel också försämras med än andra. En förklaring kan vara att de inte har samma motivation att ändra sitt alkoholmissbruk eftersom de har mindre problem inom övriga områden. Vare sig omgivningen eller de själva kanske anser att deras missbruk inte är så allvarligt så länge det inte får konsekvenser för andra livs-områden. Att fortsätta ett alkoholmissbruk är sannolikt betydligt lättare än att fortsätta ett missbruk med narkotika.

Det område som (förutom kriminalitet) genomgående uppvisar minst förbättring och mest försämring är fysisk hälsa. Detta

område har uppmärksammat i flera andra studier och man måste fråga sig om det är ett negligerat problemområde för klienter med missbruksproblem såväl när det gäller utredning som behandling.

Det andra huvudintrycket är att vi faktiskt inte kan förklara varför det sker en så pass stor förbättring av klienterna. I ASI finns vissa uppgifter om huruvida man fått öppen och sluten vård inom alkohol, narkotika och psykiatrisk vård, men det är relativt få klienter som fått sådan vård under året mellan grund- och uppföljningsintervju. Även om vi kan se lite större förbättringar för klienter som fått någon form av vård mellan intervjuerna så har även de som inte fått behandling förbättrats i relativt stor utsträckning. Behandlingsinsatserna kan alltså inte förklara annat än vissa små skillnader i det större förändringspanoramat. En möjlighet är att förändringarna drivs av den samlade insats som görs och gjorts för klienterna inom alla områden. De flesta klienter gör ASI-intervjun i samband med en utredning kring missbruk och preliminära intryck av den s.k. interventionsstudien i ASI-projektet (Armelius, et al 2009) är att det är mycket arbete (telefonsamtal, möten, studiebesök etc.) bakom ett beslut om en insats för en klient. Det är relativt få utredningar som resulterar i ett sådant beslut, men samtidigt är det ofta en intensiv kontakt mellan socialsekreteraren och klienten under utredningen. Det finns all anledning att förmoda att själva utredningen kan ha positiva effekter genom relationen till en hjälpsam person. Det har också visat sig att ASI-intervjun i sig kan ha en positiv effekt på klientens bild av sina problem och därmed bidra till ökad motivation för förändring. Vi har heller inte kunnat ta hänsyn till insatser som görs inom andra områden än missbruk och psykiatri. I den senare versionen av uppföljningsintervjun finns sådana frågor inom varje område, men det är för få klienter som svarat på detta i nuvarande databas så vi har inte kunnat gå in i detaljer. Många klienter får boendestöd, ekonomiskt bistånd, arbetsmarknadsstöd, frivård, familjeterapi, psykoterapi, kamratstöd etc. vid sidan av öppen eller sluten missbruksvård eller psykiatrisk vård. Kanske är det den samlade effekten av en rad insatser plus det faktum att klienterna befinner sig i en större krissituation med motivation för förändring när det får kontakt med missbruksvården än vid uppföljningsintervjun. Att då försöka isolera effekter av specifika insatser påminner om att leta efter en nål i en höstack och kräver betydligt mer tid och större datamängd än vad denna studie förfogar över.

Referenser

- Abrahamson, M., & Tryggvesson, K. (2007). Användning av bedömningsinstrument i missbrukarvården – en nationell kartläggning och fallstudier av två län. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms universitet.
- Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Frank, A., Bergman, H., Rydberg, U., Zingmark, D., & Tengvald, K. (1999). En strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. Socialstyrelsen, Stockholm. 1999:2.
- Andrén, A., Bergman, H., Laurell, H. & Schlyter, F. (2001) Psychosocial survey of drunken drivers within the KAPUBRA project. A new interview technique suitable for matching the right treatment with the right client. *Läkartidningen*, 8;98 (32–33):3426-32.
- Armelius, B-Å, Armelius, K., Larson, H. & Sundbom, E. (2002); Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter. Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT. Statens institutionsstyrelse, SiS. Forskningsrapport nr 1.
- Armelius, B-Å., Nyström, S., Engström, C. & Brännström, J. (2009). Referensmaterial för bättre användning av ASI-intervjun. Slutrapport. IMS, Socialstyrelsen.
- Armelius, B-Å. & Armelius, K. (2010a). Metodöverväganden vid analys av data från Addiction Severity Index.
- Armelius, B-Å. & Armelius, K. (2010b). Våldsutsatthet och misshandel hos missbrukande kvinnor – resultat från ASI-intervjun med 4290 kvinnor.
- Cacciola, J. S., Pecoraro, A. & Alterman, A. I. (2008). Development of ASI psychiatric severity cut-off scores to identify co-occurring psychiatric disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 77–92.
- CAN Rapport 107. (2007). Drogutvecklingen i Sverige 2007. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm.
- CAN Rapport 113. (2008). Drogutvecklingen i Sverige 2008. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Ed.2, Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Drake, R. E., McHugo, G. J. & Biesanz, J. C. (1995). The test-retest reliability of standardized instruments among homeless persons with substance use disorder. *Journal of Studies of Alcohol*, 56, 161–167.
- DSM-IV. (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition.
- Eriksson, A., Palm, J. & Storbjörk, J. (2003). *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. Forskningsrapport nr. 15*. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (So-RAD), Stockholms universitet.
- Fridell, M., Billsten, J., Jansson, I. & Amylon, R. (2009). *Fem-årsuppföljning. Kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM hem. SIS, Forskningsrapport Nr 1*.
- Howell, D. C. (2007). *Statistical methods for psychology*. Sixth Ed., Belmont, CA, USA, Thomson, Wadsworth.
- IKMDOK, (2008). *Årsrapport 2008*. Opublicerat material.
- Lager, A. (2009). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? Folkhälsoinstitutet, Östersund*.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26–33.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J. & Griffith, J. E. (1985). New data from the addiction severity inventory: Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412–423.
- McLellan, A. T., Kushner, H. Metzger, D., Peters, R., Smith, L, Grissom, G m.fl. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199–213.
- McLellan, A.T, Cacciola, J.C Alterman, A.I, Rikon S.H., & Carise, D. (2006). The addiction severity index at 25: Origins, contributions and transitions. *The American journal on addiction*, 15, 113–124.
- Metz, C. E. (1978). Basic principles of ROC analysis. *Seminars in Nuclear Medicine*, 8(4), 282–287.

- Mäkelä, 2004). Studies of the reliability and validity of the addiction severity index. *Addiction*, 99(4), 398–410.
- Nyström, S., Andren, A., Zingmark, D. & Berman, H. (2010). Den svenska ASI-intervjuns reliabilitet. *Substance use and misuse. Journal of Substance Use*, 15(5), 330-339.
- Rikoon, S.H., Cacciola, J.S., Carise, D., Alterman, A.I. A. & McLellan, T. (2006) Predicting DSM-IV dependence diagnoses from Addiction Severity Index composite scores. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 17–24.
- Statistisk årsbok. (2008). Statistiska centralbyrån. Stockholm.
- Schaar, I. & Öjehagen, A. (2001). Severely mentally ill substance abusers: an 18 month follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 70–88.
- Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.
- SOU (2005:82). Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling.
- Wikipedia. (2007). <http://sv.wikipedia.org/wiki/>.

7 Narkotika i ett framtidsperspektiv

Bengt Svensson, professor i socialt arbete, Malmö högskola

Sammanfattning

Historiskt sett har det svenska narkotikamissbrukets präglats av en relativt långsam ökning, som har accelererat under perioder av en tidsanda som har präglats av hedonism och i samband med hög ungdomsarbetslöshet. Tillgången till alla typer av narkotika är numera genomgående stor vilket avspeglar sig i prisutvecklingen. Om man tar hänsyn till inflationen har narkotikapriserna sjunkit markant de senaste tjugo åren. Ökade satsningar på vård och prevention tycks i viss utsträckning påverka missbruksutvecklingen i gynnsam riktning. Å andra sidan innebär nedskärningar, vilket utvecklingen under första halvan av 1990-talet visar, att missbruket ökar.

I framtiden är det troligt att missbruket fortsätter att öka. Den höga ungdomsarbetslösheten som råder i dagsläget utgör en riskfaktor för att ökningen blir relativt stor, även om den bromsas upp av att tidsandan för närvarande inte är utpräglat hedonistisk. Ytterligare skäl till ökningen är att befolkningen ökar, att äldre generationer med obetydliga narkotika-erfarenheter avlöses av generationer där narkotika används i större utsträckning, att andelen kvinnliga narkotikakonsumenter kan förväntas öka, efter-som kvinnors alkoholanvändning ökar, vilket brukar samvariera med större benägenhet att använda narkotika, att importen av narkotika underlättas av den ständigt ökande internationella handeln och av möjligheterna till köp via Internet samt att flyttströmmarna till och från Sverige innebär ett ökat inflytande från omvärldens relativt liberala syn på narkotika.

Trendanalysen bygger på en genomgång av aktuell statistik och forskning.

7.1 Essäns syfte

Hur kommer narkotikasituationen att se ut i Sverige i framtiden? Hur blir det med fördelningen av resurser mellan den svenska narkotikapolitikens tre ben – kontrollen, preventionen och vården? Innebär EU-medlemskapet att vi framöver kommer att få göra förändringar i vår narkotikalagstiftning, på motsvarande sätt som att vi har fått anpassa alkoholpolitiken? Hur kommer tillgången på narkotika att se ut? Väntar nya preparat som får stor spridning? Kommer vi att se förändringar av efterfrågan på narkotika? Kommer det att finnas ekonomiskt utrymme för effektiva förebyggande insatser mot narkotikan? Vilka är i så fall dessa? Kan vi förvänta oss att framtidens politiker satsar på missbruksvård? I så fall – hur kommer den vården att se ut?¹ I denna essä kommer jag att diskutera tänkbara trender och framtidsscenarier inom narkotikaområdet. Till min hjälp har jag bl.a. en enkät som besvarades av tjugo personer som är sakkunniga inom narkotikaområdet.

Inledningsvis går jag igenom några av de ramfaktorer på makronivå som påverkar narkotikasituationen i ett land – lagstiftning, kulturella faktorer som kan sammanfattas med begreppet tidsanda, ekonomiska förhållanden som exempelvis arbetslösheten, m.m. Dessutom påverkas narkotikasituationen av den prevention och de vårdinsatser som görs. Förändringar av dessa ramfaktorer påverkar tillgången på narkotika och den efterfrågan som visar sig i samhället.²

7.2 Förutsättningarna

7.2.1 Lagar och normer sätter ramar

Den lagstiftning som avgör vilka rusmedel som ska betraktas som narkotika har sin grund i internationella överenskommelser, i första hand ”Single Convention on Narcotic Drugs” från 1961 och ”Convention on Psychotropic Substances” från 1971. När nya rusmedel

¹ Inom narkotikafältet har på senare år terminologin kommit att diskuteras allt mer. Ord som ”missbruk”, ”beroende” och ”missbrukare” har ifrågasatts. Jag har i essän valt att inte gå in i denna diskussion utan använder de traditionella begreppen, med viss variation för att göra språket levande.

² Enligt Narkotikakommissionens slutrapport (2000:126) finns det fyra områden som har betydelse för missbruksutvecklingen i samhället. ”Det är de samhällsförhållanden som t.ex. kan mätas i grad av sysselsättning och välfärd. Det är den rådande samhällskulturen som bl.a. omfattar attityder och värderingar. Det är tillgängligheten på droger i samhället och det är slutligen de insatser som görs för att begränsa efterfrågan i form av förebyggande arbete och vård och behandling av missbrukare”.

uppfinns och introduceras är det varje enskilt land som bestämmer om de ska narkotikaklassas. Ett rusmedels lagliga status har en stor betydelse för om det ska få stor utbredning (som alkohol) eller mycket begränsad spridning (som heroin). Under perioden 1938–1943 sågs amfetamin som en medicin bland andra och hade mycket stor spridning, för människor som kortsiktigt ville öka sin uthållighet, som ville gå ner i vikt eller som sökte hjälp för depression. När preparatet införlivades under narkotikalagstiftningen i Sverige och försäljningen detaljreglerades minskade förbrukningen mycket snabbt.

Men det är inte bara lagar som spelar in. Även de normer som gäller i ett samhälle och i en viss grupp är betydelsefulla. Det finns en mängd produkter runt omkring oss som kan användas för att påverka vår sinnesstämning. Majoriteten av dessa är inte narkotikaklassade och förbjudna, utan består av svampar, örter och lätt-tillgängliga kemiska preparat. Redan vikingarna visste att bolmört och flugsvamp framkallade berusning, muskot som finns i varje livsmedelsbutik är en krydda som i stora doser ger hallucinogena effekter. Kontaktlim, bensin och nagellack kan sniffas och ge berusning. Men den genomsnittliga alkoholkonsumenten tar inte till thinner för att berusa sig i slutet av månaden, när pengarna inte räcker till öl, vin eller sprit. Att sniffa thinner är inte förbjudet, men det är ansett som fysiskt mycket skadligt och dessutom moraliskt förkastligt. Den som satte fram en flaska thinner på en fest för vuxna skulle bli betraktad som en dåre eller en provokatör. Det finns starka normer i samhället mot att använda sig av vissa berusningsmedel. Det är dessa normer som utgör vaccinationen mot t.ex. sniffning av lösningsmedel, och inte kontrollagstiftningen (Svensson m.fl. 1998).

Under de senaste femtio åren har rusmedelsbruket ökat bland ungdom över hela världen. De viktigaste faktorerna är urbaniseringen och sekulariseringen i samhället, hävdar den norske sociologen och ungdomsforskaren Willy Pedersen. Kontrollen av ungdomars uppförande från familjen, kyrkan och grannskapet har minskat. De unga har mindre respekt för auktoriteter. De har skjutit upp familjebildningen, och de har mer pengar. Det ger utrymme för att ägna mer tid åt nöjesliv och umgänge i miljöer där rusmedel förekommer (Pedersen 1998).

På gruppnivå är skillnaderna i normsystem stora mellan exempelvis grupper som består av medlemmar i rusmedelsfientliga religiösa samfund och ungdomsgång som lever i marginalen i våra storstäder. Men normer är inte oföränderliga, utan de modifieras och

förändras i takt med förändringar i samhället. Under vissa perioder i vår historia har det varit mer accepterat i samhället i stort att använda sig av rusmedel, medan det i andra perioder varit mindre legitimt. Dessa skillnader kan relateras till skillnader i **tidsanda**, ett begrepp som definieras i Nationalencyklopedins ordbok som ”förhärskande, typiska stämningar och åsikter under viss tidsperiod”.

7.2.2 Efterfrågan påverkas av tidsandan

Tidsandan påverkar hur människor förhåller sig till rusmedel, eftersom den innefattar ideal, föreställningar och normer som präglar en viss epok. Tidsandan är en företeelse på makronivå. Under vissa tidsperioder innehåller tidsandan en övervikt av *puritanska* ideal som förespråkar sparsamhet, självdisciplin, återhållsamhet med droger och en sträng sexualmoral. Men efter dessa puritanska epoker kommer förr eller senare perioder då skötsamhetens ideal förkastas och ersätts av *hedonistiska* epoker med en betoning av fest, njutning, rusmedelsanvändning och en frigjord sexualitet.

Även om det i Sverige finns en långsiktig ökning av rusmedelskonsumtionen i alla åldersgrupper under de senaste hundra åren går det också att upptäcka periodvisa svängningar. I grova drag går det att skönja en utveckling av rusmedelsförbrukningen, där hög förbrukning till synes oförklarligt övergår i en minskad förbrukning. Detta kan ses som en dialektisk process där *tesen* hedonism avlöses av sin *antites* puritanism, som sedan övergår i ett slags *syntes*, ett normaltillstånd. Därefter startar processen på nytt med en ny omgång hedonism. I nedanstående tabell ges genom historiska exempel en antydning om utvecklingens dialektiska karaktär. Tabellen ska ses som en skiss som bygger på hypoteser som behöver konfirmeras av empirisk forskning. I beskrivningen av tidsperioder och decennier har dessa kategoriserats med ett nyckelbegrepp som knyter an till centrala mediabilder av respektive årtionde.

Tabell 1 Tidsandan under olika perioder

Tidsperiod/decennium	Kännetecken
Det glada tjugotalet	Hög rusmedelskonsumtion, uppsving för nöjeslivet, bohemer framträder som en attraktiv gestalt, åtminstone i storstäderna
Det puritanska trettioalet	Frisksportare, hälsokostare organiserar sig. Kroppsdyrkan, sundhetsideal som når ut över hela landet
Det krigsdrabbade fyrtioalet	Krigsåren med omfattande samhällskontroll och ransoneringar innebär en parantes, även om denna tidsperiod i länder som deltog i kriget på sina ställen präglades av en närmast desperat hedonism
Det materialistiska femtioalet	Representerar normaltillståndet, ett årtionde som domineras av tillväxt och standardökning över hela västvärlden. Ökad alkoholkonsumtion när motboken avskaffas 1955, men fortfarande låga konsumtionsnivåer.
Det flummiga sextioalet	Hedonismens återkomst med ungdomsrevolt, flower power-kultur och narkotikans intåg i stor skala. Perioden började i mitten av 1960-talet och sträckte sig några år in på 1970-talet.
Det sunda sjuttioalet (åtminstone de sista fem åren)	Sundhetsidealen återvänder, experimenterandet med narkotika minskar kraftigt, jogging och styrketräning vinner terräng
Det skötsamma åttioalet	Ett profillöst årtionde, ett mellanläge och normaltillstånd där materialism är viktigare än hedonism. En kroppsfokusering börjar utvecklas.
Det artificiella nittioalet	Nya former av hedonism, designade droger, kroppsdyrkan där manipulation av kroppen accepteras, en pubkultur etableras i Sverige. Rave importeras liksom nya syntetiska droger. Heroinet sprids i nya kommuner. EU-inträdet medför ökad alkoholimport, lägre priser på Systembolaget och ökad alkoholkonsumtion.
Det obestämda tvåtusentalet	Experimenterandet med narkotika har åter minskat, men alkoholkonsumtionen stiger. Normaltillstånd snarare än en tydlig svängning mot puritanism

Naturligtvis finns ingen automatik som säger att tidsandan ska följa decennierna, men under de senaste hundra åren har indelningen ganska väl följt dessa. Som alltid när det gäller tidsanda och modeströmningar av olika slag är det bara delar av befolkningen som följer förändringarna fullt ut, men de allra flesta påverkas ändå i viss mån, exempelvis genom att öka eller minska sin rusmedelsanvändning.

Hur kan dessa svängningar förklaras? En enkel förklaring är att varje extremism skapar utrymme för en motrörelse (Lalander, Svensson 2004). Nya ungdomsgrupper vill profilera sig i förhållande till föregående generation. I verkligheten är förändringarna mellan

tidsepokerna gradvisa, snarare än dramatiska och påverkar olika ungdomsgrupper i samhället olika mycket. Men även om inte alla ungdomar kopierar de nya idealen är dessa något de måste förhålla sig till.

Striden mellan skiftande ideal kan ses som en balansgång mellan det hedonistiska och det puritanska, mellan fest och utsvävningar å ena sidan och disciplin och skötsamhet å andra sidan (jfr Lalander 1999). Rusmedlen symboliserar uppbrottet från självdisciplin och en alltför rigid kontroll, men livsstilar som präglas av festandet har sitt pris för dem som deltar. Efterhand blir dessa beteendemönster allt mindre attraktiva för nya generationer. På individnivå kan man tänka sig att människor som festat kraftigt efter festen lovar sig att ”från och med nu ska jag leva ett skötsamt liv. Jag skall dricka mindre, äta sund mat och börja träna.” Men då de levit i detta sunda liv ett tag börjar de längta efter utlevelse och fest igen.

Precis som lagstiftningen sätter tidsandan en ram för i vilken utsträckning illegala rusmedel sprids i en befolkning. När nästa hedonistiska epok inträffar kommer förbrukningen av alkohol och narkotika att öka, oavsett om lagstiftningen är oförändrad. På samma sätt har puritanska perioder bidragit till att narkotikamissbruket har hållits nere i Sverige. Förmodligen har denna inverkan varit mer betydelsefull än olika preventionskampanjer, vårdinsatser och åtgärder från tull och polis.

7.3 Narkotikamarknaden

7.3.1 Utbudet av droger har varierat

Under 1960-talet inträffade inte några heroinöverdoser i Sverige. Skälet var enkelt – det fanns inget heroin att köpa i landet. För att en potentiell efterfrågan på ett rusmedel ska kunna sättas i verket krävs att detta är tillgängligt. Tillgången till olika illegala narkotiska preparat har ökat undan för undan sedan mitten av 1960-talet. Men ännu har inte narkotikaanvändningen fått motsvarande utbredning som amfetaminet hade under de tidiga åren av andra världskriget!

I den svenska narkotikahistorien framträder två perioder där narkotikaanvändningen ökade drastiskt – dels perioden 1939–1943 då amfetamin fick en stor spridning bland vuxna i breda folklager. Dels de sista åren av 1960-talet då cannabis, LSD och även amfetamin spreds bland ungdomar och unga vuxna. Dessa båda

narkotikavågor illustrerar några av de faktorer som är betydelsefulla för spridningen av narkotika.

För att förklara sambandet mellan tillgång och efterfrågan introducerar jag Norman Zinbergs tre begrepp ”drug”, ”set” och ”setting” som han använder för att skapa förståelse av narkotikaanvändningen (Zinberg 1984). Drogen, ”the drug” har egenskaper i sig som påverkar användningen. Begreppet ”set” står för individen och hans/hennes egenskaper och livssituation. ”Setting” är den sociala omgivning där drogen intas. Alla tre begreppen samverkar för att skapa den individuella upplevelse som narkotikaintaget ger.

Under den första expansiva perioden är det ”the drug” som står i centrum. Amfetamin introducerades i Sverige i slutet av 1930-talet. Inledningsvis fick preparatet en snabb spridning, som astma- medicin men också som uppiggande medicin och bantningsmedel. En bidragande orsak var att ”Benzedrin” såldes på apotek utan recept 1938–1939 och att drogen beskrevs i positiva termer i dagspress och veckopress. Man beräknar att under 1942–1943 tre procent av den vuxna befolkningen, det vill säga omkring 200 000 personer, någon gång hade använt amfetamin. Efter att Medicinalstyrelsen 1943 utfärdat en allvarlig varning och året efter sett till att preparatet narkotikaklassades sjönk förbrukningen drastiskt. Vid denna tidpunkt tycks de som använde amfetamin ha upphört med sitt bruk utan större dramatik och utan att några speciella vårdinsatser behövde sättas in (Goldberg 1968).

Den australiske vetenskapshistorikern Nicholas Rasmussen (2008) har i boken ”Speed” skrivit amfetaminets historia. En av hans huvudpoänger är att drogen har ett mycket brett användningsområden och därmed en mycket stor potentiell marknad. Men amfetamin, precis som alla andra droger som har lanserats som mirakelmediciner, har omfattande skadeverkningar. Ändå fanns det många skäl till amfetaminets stora spridning i Västeuropa från mitten av 1930-talet fram till slutet av 1960-talet.³

1. Preparatet hade mycket attraktiva effekter – det ansågs hjälpa mot depressioner, gav eufori, reducerade trötthet och minskade aptiten.
2. Läkemedelsföretagen genomförde en effektiv marknadsföring både till allmänheten genom dagspress och veckopress och till läkare genom fackpress och riktad reklam.

³ Den snabba inbromsning av konsumtionen som skedde i Sverige 1943–44 inträffade långt senare i USA och Storbritannien.

3. Snöbollseffekter genom att användare rekommenderade preparatet till andra användare.
4. Preparatet var legalt, vilket innebar en noggrann produktkontroll och att det var relativt lättillgängligt. Det såldes visserligen endast i särskilda butiker (apotek) men var från början inte receptbelagt.
5. Preparatet hade ett pris som var överkomligt.
6. Skadeverkningarna uppmärksammades inte på ett systematiskt sätt.

Amfetaminanvändningen var under 1940-talet en *individuell handling* som handlade om medicinering och skedde diskret. Amfetamin var inte ett preparat som användes i grupp som en del i en *kollektiv handling*. Inte heller var amfetaminanvändningen en livsstilsmarkör och den var inte kopplad till socialt belastade subkulturer.⁴

I den andra stora narkotikavågen i slutet på 1960-talet är det flera illegala droger som florerar även om i Sverige cannabis dominerar, främst i form av hasch. Bland Zinbergs tre begrepp är det ”the Setting”, den sociala omgivningen, som står i centrum. Att röka hasch är i stor utsträckning en kollektiv handling. Man röker hasch tillsammans med sina vänner eller med människor som man vill bli vän med. Haschrökandet sker under rituella former vilket förstärker upplevelsen och den symboliska betydelsen (Goldberg 1971). Till ritualen kopplas föremål som får karaktären av identitetsskapande markörer, exempelvis haschpipan. Många som förespråkar haschrökning följer ett gemensamt klädmode, från början lanserat av amerikanska hippies. Det rör sig om färgstarka kläder som är inspirerade av österländsk design. Man smyckar sig med halsband och knappar med fredsymboler. Frisyerna är långhåriga för både män och kvinnor. Många män har skägg. Även om hippiemodet även anammats av personer som ställer sig kall-sinniga till att använda narkotika är sannolikheten ganska stor att de som vill markera sin sympati med hippilivsstilen både följer modet och de droger som är förknippade med hippies – cannabis och LSD.

⁴ Att de amerikanska myndigheternas bild av vilka som var de typiska opiummissbrukarna förändrades var en viktig anledning till att USA införde hårda straff för opiumhantering. När opium användes av kvinnor från medelklass var det inget socialt problem, men när missbruket bland fattiga kinesiska arbetare uppmärksammades skedde en snabb kriminalisering av hanteringen av opium (Davenport-Hines 2002).

Under denna spridningsvåg är narkotikaanvändningen i hög grad förknippad med en hedonistisk livsstil. Slagord som ”make love, not war” och i någon mån ”turn on, tune in, drop out” importerades från USA och blir en del av den svenska ungdomskulturen. Haschrökningen marknadsförs i ungdomskulturen som ett sundare alternativ till alkoholdrickande.

Vid denna tid är Sverige ett etniskt relativt homogent land. Självfallet går det inte att tala om en enda ungdomskultur, men det finns en tidsanda eller *trend* som påverkar stora ungdomsgrupper. Den trenden handlar om ett avståndstagande från den dominerande vuxenkulturen som beskrivs med termer som kommersialism, individualism, statusjakt och puritanism. I många ungdomars beskrivning är föräldragenerationens enda andningshål helgens alkoholberusning. Den alternativa livsstil som förs fram är i stället präglad av närhet till naturen, ointresse för materialistiska symboler och incitament, kollektiv solidaritet mellan människor och en friare syn på sexualitet. Som berusningsmedel för man fram hasch som kommer från växtriket och gör användarna lugna, meditativa och solidariska mot omgivningen, till skillnad från den aggressionsframkallande alkoholen.

Både 1940-talets legala amfetaminvåg och 1960-talets illegala haschvåg sänkte ribban rejält för den enskildes beslut att våga pröva okända preparat. Ju fler som använder ett preparat, desto mindre av normbrott är det att börja använda. Men det faktum att den stora majoriteten av den vuxna befolkningen inte använde amfetamin visar att det även på 1940-talet fanns många människor som var skeptiska till denna typ av psykofarmaka och som därför inte kunde tänka sig att ta en ”medicin” när de behövde hålla sig vakna under pressade situationer, som långa bilresor eller tentamensläsande.

Haschvågen i slutet på 1960-talet hade andra förtecken. Hasch var förbjudet och narkotikaklassat, även om straffsatserna för både smuggling och försäljning var ganska låga och innehav för eget bruk var något som polis ofta såg genom fingrarna på. Samtidigt var medvetenheten liten i ungdomsgruppen om haschets skadliga effekter. Preparatet sågs av många som harmlöst, särskilt i jämförelse med alkoholen som förknippades med våld och otrevliga berusningsupplevelser.

Både när det gäller amfetamin och cannabis blev skadeverkningarna uppenbara efter hand. Medicinhistorikern Rasmussen (2008) framhåller att 1960-talets amerikanska alternativkultur var skeptisk till amfetamin och såg preparatet som en lömsk drog som gjorde människor egoistiska och hänsynslösa. Hippiekulturens förgrunds-

gestalter bidrog genom sin kritiska inställning till att amfetaminen tappade i popularitet inom ungdomsgruppen i USA.

När det gäller cannabis finns det en ständigt pågående debatt mellan olika forskare om preparatets skadeverkningar, men knappast någon forskare skulle i dag hävda att cannabis enbart har positiva effekter. Även i ett land som Nederländerna, där cannabis i praktiken är legaliserat, avstår den stora majoriteten av ungdomar från att använda drogen, vilket bland annat bygger på en bedömning av drogens negativa effekter överväger de positiva eller att andra rusmedel – främst alkohol är att föredra.

Ett aktuellt exempel på sambandet mellan tillgång, efterfrågan och användning är GHB. Preparatet har sedan det introducerades i huvudsak haft en lokal spridning, främst städerna i Norrlands kustland och Västra Götaland. I Skåne har däremot få ungdomar använt GHB (Jfr Richert 2008). För att drogen ska spridas i en viss kommun krävs dels att den är tillgänglig, dels att det finns personer som är intresserade av att introducera drogen bland vänner och bekanta. Journalisten Anders Sundelin (1987) har i boken "När knarket kom till stan" i reportageform beskrivit just hur introduktionen av en ny drog – cannabis – gick till i Borlänge. En avgörande betydelse hade en grupp unga män med kriminell bakgrund som etablerade sig i staden. Genom deras förmedling spreds kunskaper om drogens användning och männen etablerade sig om lokala försäljare. Ett liknande scenario beskriver den engelske forskaren Howard Parker (1988) i en studie av hur heroin introducerades i Liverpools grannstad Wirral. Även här hade etablerandet av ett nätverk av användare i staden en avgörande betydelse för spridningen av heroinmissbruket.

Den engelska forskaren Hilary Klee har gjort ett försök att formulera ett generellt förlopp. Enligt henne följer narkotikaspridningen ett cykliskt mönster där en viss drog introduceras på en ort, sprids till allt fler och röner inledningsvis en stor uppskattning vilket skapar intresse hos nya proselyter. Sedan börjar skadeverkningarna synas, de försiktiga hoppar av och det epidemiska förloppet stannar upp. Men kvar finns en restgrupp som håller fast vid drogen och upprätthåller en drogmarknad. När de negativa effekterna glöms bort och nya ungdomsgrupper kommer till kan epidemin sätta fart igen. Klee kallar denna process "minnesförlost" och "återupptäckande" (Klee 1997:307).

7.4 Vården

7.4.1 Tillgången på vård förändras över tid

Den svenska narkomanvården började byggas upp på 1970-talet och expanderade mycket snabbt under 1980-talet då rädslan för att HIV-skulle spridas i befolkningen, via de intravenösa narkotikamissbrukarna, ledde till kraftfulla statliga, regionala och kommunala satsningar på missbruksvård. Under dessa decennier satsade man främst på institutionell vård, ofta med långa vårdtider. Behandlingshem som arbetade utifrån det terapeutiska samhällets principer (dvs. hela miljön på institutionen skulle användas terapeutiskt) växte upp på landsbygden i stor utsträckning.

Efter den kraftiga ekonomiska nedgången i början av 1990-talet kom stora nedskärningar av den offentliga sektorn. Dessa drabbade missbruksvården hårt och många av de institutioner som byggts upp under 1980-talet lades ner. Ett paradigmskifte genomfördes inom narkomanvården som innebar att det blev mycket svårare för den enskilde missbrukaren att få vård (Svensson, Kristiansen 2004). Från att socialtjänsten försökte motivera alla aktiva missbrukare till vård, blev det nu missbrukarnas uppgift att försöka övertyga socialtjänsten om att just de skulle få tillgång till de knappa vårdresurserna. Särskilt svårt var det att få tillgång till institutionsvård, eftersom den var dyr och bedömdes som ineffektiv. Å andra sidan skedde en kraftig utbyggnad och metodutveckling inom öppenvården. Den största förändringen har skett för heroinmissbrukare. Längre var det mycket svårt för dessa att få tillgång till underhållsbehandling (Johnson 2005), men undan för undan har hindren minskat och i dagsläget har läkemedelassisterad underhållsbehandling en helt dominerande ställning när det gäller heroinmissbruk. Sannolikt kommer det nu att bli allt svårare att få institutionell, medicinfri vård för heroinmissbrukare. En sådan utveckling har man sett i Danmark (Andersen, Järvinen 2009).

Få forskare ifrågasätter att behandlingsinsatser av olika slag minskar brottsligheten.⁵ Likaså är det rimligt att anta att spridningen av narkotika minskar när fler personer är i behandling. Personer med aktivt narkotikamissbruk har en framträdande roll när det gäller försäljning av narkotika, främst på gatuplanet (Bretteville Jensen

⁵ Treatment works and is cost-effective: for every £1 spent on treatment, at least £9:50 is saved in crime and health costs. Treatment breaks the links between drug misuse and crime. Denna slutsats framför den statliga engelska narkotikakampanjen "Tackling drugs changing lives" <http://drugs.homeoffice.gov.uk/treatment/strategy/>

2002). När dessa personer kommer in i exempelvis underhållsbehandling behöver de inte längre dra in tusentals kronor om dagen för sitt missbruk. Därmed minskar deras brottslighet avsevärt även om den inte upphör helt.

Tyvärr saknas än så länge beräkningar på samhällsnivå över effekterna för brottsligheten vare sig efter de stora nedskärningarna av missbruksvården under 1990-talet (då brottsligheten rimligtvis steg) eller efter utbyggnaden av underhållsbehandling för opiatmissbrukare under 2000-talet (vilket borde innebära en minskad brottslighet).

7.5 Efterfrågan på droger

7.5.1 Efterfrågan varierar mellan olika ungdomsgrupper

I varje svensk kommun finns det ungdomar som har särskilt hög risk att hamna i ett narkotikamissbruk. Det är ungdomar som tidigt börjar med normöverträdelser av olika slag. De skolkar i skolan, börjar tidigt röka, har en tidig sexuell debut, startar kriminella karriärer redan i de lägre tonåren. Ofta har de en tung social belastning med föräldrar som själva haft bekymmer med rusmedel, har dålig psykisk hälsa och lever under fattiga förhållanden. De båda svenska forskarna Leif Lenke och Börje Olsson (2002) hävdar exempelvis att det svenska amfetaminmissbruket främst har berört en grupp ungdomar som var mer eller mindre predestinerade för kriminalitet och tungt missbruk, tidigare i form av alkoholmissbruk. Introduktionen av amfetamin på 1960-talet innebar inte att fler ungdomar blev kriminella. I stället var det som hände att personer som hade en tidig debut av sociala problem, avvikande beteende och hög alkoholkonsumtion gick över till att också använda amfetamin, vilket innebar att de fick ännu fler problem än tidigare.

Men förutom ungdomarna med tidiga beteendestörningar finns en grupp ungdomar som står och väger – i drogpositiva tider kommer de att använda narkotika. I puritanska epoker låter de bli och nöjer sig med högkonsumtion av alkohol.

Även ekonomiska faktorer påverkar ungdomars intresse för att börja använda narkotika. I tider av hög ungdomsarbetslöshet ökar narkotikamissbruket (Lenke, Olsson a.a.). Om vägarna upplevs som stängda till arbetsmarknaden blir det mer attraktivt för några

unga människor att söka sig till illegala försörjningssätt och man har mer tid att ägna sig åt rusmedelsanvändning. I våra segregerade storstäder finns risken att unga män väljer att söka sig till kriminella nätverk om de upplever sig som chanslösa på den ordinarie arbetsmarknaden eller om de gör bedömningen att livet som ung kriminell ger avsevärda fördelar, när det gäller materiell status och livsinnehåll (jfr Lalander 2001).

7.5.2 Narkotikamissbrukets omfattning har förändrats under de senaste decennierna

Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning, (UNO) genomförde 1979 en så kallade case-finding undersökning för att fastställa antalet tunga narkotikamissbrukare i Sverige. Undersökningar med liknande metodik genomfördes dessutom 1992 och 1998 av CAN. Som grund för bedömningen av det tunga missbruket låg en definition ”dagligt eller så gott som dagligt missbruk av narkotika och allt injektionsmissbruk, oavsett frekvens”. Med denna definition inkluderas också frekvent användning av cannabis som ett tungt missbruk, men eftersom de flesta cannabisanvändare inte är kända hos myndigheter fångas de inte upp i case findingundersökningarna, vilket är en svaghet för denna typ av undersökningar.

Metodiken innebär att alla myndigheter som har kontakt med personer med narkotikamissbruk fyller i enkäter med uppgifter om dessa. Blanketterna sammanställs, dubletter sorteras bort, en uppräknings där man tar hänsyn till mörkertalet (det vill säga personer som inte är kända av myndigheter) och en samlad beskrivning av gruppen görs. Beskrivningens relevans bygger på vilken precision de enskilda enkäterna har. Det har med åren blivit ovanligare att uppgiftslämnarna kan ange dominerande medel. Exempelvis finns i 1998-års undersökning i 20 procent av blanketterna över tungt missbruk ingen uppgift om dominerande preparat. Sannolikt beror detta, enligt forskargruppen, på ett ökat blandmissbruk samt en försämrad kunskap om missbrukarna hos dem som arbetar med frågorna på de rapporterade myndigheterna (Olsson et al. 2001).

Med tanke på att UNO 79 förmodligen var bättre på att fånga in cannabismissbruket än senare undersökningar skulle ökningen av det verkligt tunga missbruket från 1979 till 1992 och sedan till 1998 vara ännu större än vad som brukar redovisas i siffrorna. Undersökningarna presenterar antalet missbrukare inom ett intervall men

jag har valt att utgå från ett värde mitt i intervallet, den så kallade punktskattningen (a.a.).

1979 – punktskattning 15 000 varav cannabis dominerar i 33 %, centralstimulantia (cs) i 47 %, opiater 15 %

1992 – punktskattning 19 000 varav cannabis dominerar i 17 %, cs i 48 %, opiater 26 %

1998 – punktskattning 26 000 varav cannabis dominerar i 8 %, cs i 32 %, opiater 28 %

Dessa siffror pekar på en liten ökning av missbruket av heroin och amfetamin under de 13 åren mellan 1979–1992, men en rejäl ökning under de sex åren mellan 1992 och 1998. Den blir ännu tydligare om man tar bort cannabissmissbruket, vilket ger följande totalsiffror

1979 – 10 050, varav dominerande CS missbruk för 7 050, opiater 2 250 personer

1992 – 15 770, varav dominerande CS missbruk för 7 570, opiater 4 940 personer

1998 – 23 920, varav dominerande CS missbruk för 8 320, opiater 7 280 personer

För varje undersökning ökar andelen personer för vilka dominerande preparat inte kan anges av uppgiftslämnarna.

Efter 1998 har inte några case-finding undersökningar genomförts. I stället har Socialstyrelsen utvecklat en modell att uppskatta det ”problematiska narkotikamissbruket” utifrån sjukhusinläggningar. Utgångspunkten är den rapportering av diagnoser i samband med utskrivningar som svenska sjukhus är skyldig att göra till Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsen. Enligt professor Börje Olsson, som varit ansvarig för de tre svenska case-finding undersökningarna är Socialstyrelsens beräkningsmetod godtagbar (Olsson 2005).

Socialstyrelsen gjorde en skattning 2004 och kom till slutsatsen att missbruket efter några års uppgång nu åter var nere på 1998 års nivå. En ny uppskattning genomfördes under hösten 2009 för Missbruksutredningens räkning. Det totala antalet problematiska missbrukare uppskattades då till 29 500 personer. Denna siffra kommer jag att använda när jag längre fram i texten gör ett försök att uppskatta den framtida missbruksutvecklingen i Sverige.

I 1998 års undersökning är medelåldern 35 år både för män och för kvinnor. Den var 27 år 1979 och 32 år 1992. Kvinnornas andel i gruppen är 23 procent, vilket är nästan exakt lika som vid de båda andra undersökningstillfällena. Orsaken till att medelåldern stiger är främst att en stor del av personer med narkotikamissbruk fortsätter med sitt missbruk (Olsson et al 2001).

Traditionellt har i Sverige amfetaminmissbruket varit förknippat med injicering. Intagningsätten är relaterade till vilket eller vilka medel som använts. 66 procent av dem som missbrukat CS har rapporterats ha injicerat preparatet, 3 procent har rökt, 6 procent har sniffat och 18 procent har ätit CS. Som jämförelse kan noteras att 60 procent av opiatmissbrukarna uppges ha injicerat, 33 procent har rökt, 2 procent har sniffat och 5 procent har ätit opiater. (Byqvist 2007).

Med utgångspunkt från Socialstyrelsens beräkningar kan antalet problematiska amfetaminanvändare beräknas till minst tio tusen personer. Medelåldern är förmodligen över trettio år. Utifrån en översiktlig bedömning av det problematiska svenska narkotikamissbruket gör jag bedömningen att amfetamin dominerar i åldrarna över 30 år, men heroin är den mest frekventa problematiska drogen för personer under 30 år. Denna fördelning stöds av den forskning som genomförts med hjälp av kriminalvårdens ASI-intervjuer (Håkansson 2009).

Under de fem år då Mobilisering mot narkotika var verksam (2002–2007) minskade testandet av narkotika enligt CAN:s skolungsundersökningar, trots fortsatt stor tillgång på narkotika (Fries 2007). Det finns dock en viss anledning att vara skeptisk till de siffror som presenteras över narkotikafrekvensen när det gäller skolungsundersökningar. Ungdomar som använder narkotika är diskreta och försöker i allmänhet dölja sin narkotikaanvändning. De har ingen anledning att erkänna i en enkät att de använder illegala droger.

De ansvariga bakom CAN-undersökningarna brukar hävda att ungdomars tendens att svara osant förmodligen är lika stor varje år vilket innebär att undersökningarna ändå med god precision kan visa på tendenser. Det är ett rimligt antagande, även om det kan finnas skillnader i benägenheten att dölja sitt missbruk som hänger samman med hur ungdomar bedömer riskerna för repressalier under olika tidsepoker. Förmodligen var ungdomar mer öppenhjärtiga i början av 1970-talet när undersökningarna inleddes och frekvensen testande ungdomar nådde nivåer som sedan aldrig har överträffats. Då var normbrottet att ha använt narkotika inte så stort.

7.5.3 En jämförelse med Danmark, Finland och Norge

Mellan Sverige och våra tre nordiska grannländer finns det stora likheter i välfärdspolitik och också hur tidsandan framträder. På kontrollsidan har Sverige, Norge och Finland hårda straff för narkotikabrott. Danmark ligger lägre. De senaste årens stora europeiska ungdomsarbetslöshet har drabbat Sverige hårdare än Danmark och Norge, och dessa båda länder har numera ett stort antal unga svenska "gästarbetare", som främst arbetar inom den lågavlönade servicesektorn.

När det gäller narkotikapolitiken är skillnaderna störst mellan Sverige och Danmark. I Danmark har skadereducerande inslag inom narkotikaområdet traditionellt en stark ställning. Det är lättare att få underhållsbehandling för heroinmissbrukare och olika former av lågtröskelalternativ – daginstitutioner, härbärgen och institutioner där ett visst missbruk accepteras – är mer utbredda än i Sverige (Sjölander, Svensson 2008). I Danmark finns en vårdgaranti som ger personer med ett rusmedelsmissbruk rätt att inom två veckor från ansökan få behandling.

Också i Norge och Finland har skadereducerande inslag en starkare ställning än i Sverige. Det rör sig om exempelvis underhållsbehandling och sprutbytesprogram. Tillgång till behandling är god i Norge, även om det finns regionala skillnader mellan större städer och landsbygd, med sämre tillgång i glesbygd. Finlands specialiserade narkomanvård är mindre utbyggd än i Sverige, men det avspeglar framför allt att narkotikaproblemen traditionellt har bedömts som mindre omfattande. I Finland betonas att det stora rusmedelsproblemet utgörs av alkohol och narkomanvården är oftast integrerad med alkoholvård.

Sverige har cirka 9,3 miljoner invånare, Danmark 5,5 milj, Norge 4,7 milj, Finland 5,3 milj (Wikipedia 2009). Enligt EMCDDA:s senaste sammanställning (EMCDDA 2009) är antalet problematiska narkotikamissbrukare följande i respektive land:

Danmark	26 979
Finland	16 600
Sverige	25 745
Norge (skattat)	14 500

För Norge saknas siffror över totalantalet, men i landets nationella rapport anges 8 500–12 500 injektionsmissbrukare (EMCDDA 2008). Jag räknar upp siffran med 3 000 som utgörs av en skattning av personer som är problematiska missbrukare, men inte injicerar. I den danska siffran ingår cannabissmissbrukare, vilket innebär att antalet är överskattat i förhållande till övriga länder. Även i den svenska estimeringen ingår cannabissmissbruk, men eftersom beräkningen utgår från sjukhusvistelser och få cannabissmissbrukare blir inlagda, är sannolikt cannabissmissbruket underskattat. I den finska och norska ingår inte primärt cannabissmissbruk. Det är anmärkningsvärt att inte ens de nordiska länderna använder sig av enhetliga definitioner, vilket försvårar jämförelser.

När andelen problematiska narkotikamissbrukare ställs i relation till invånarantalet ligger Danmark högst – 4,8 promille av befolkningen. Finland har 3,1 promille, Norge 3,1 promille och Sverige 2,8 promille. Med reservation för osäkerheten i siffrorna kan det följaktligen konstateras att Norge, Finland och Sverige ligger på ungefär samma nivå, Danmark en bit över, vilket delvis kan förklaras med att cannabissmissbrukare inkluderas.⁶

Alla fyra länderna är välfärdsstater som lägger avsevärda resurser på kontroll, missbruksvård och prevention. De små skillnaderna avseende det problematiska narkotikamissbruket indikerar att nyanser i narkotikapolitiken inte har så stor betydelse när det gäller att bestämma nivån på narkotikamissbruket.

Även när det gäller narkotikaanvändning bland skolungdom (15–16 år) är likheterna stora mellan Sverige, Norge och Finland, medan Danmark ligger på en högre nivå.⁷ Siffror över tobaksrökning tas också med, eftersom de ger en indikation om hälsotrender i ungdomsgruppen (Hibell et al. 2009).

⁶ I Danmarks redovisning till EMCDDA anges att 7 300 av 27 000 rapporterade problematiska narkotikaanvändare har ett cannabissmissbruk. Om dessa räknas bort hamnar Danmark på 3,5 promille. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/dk>

⁷ Det finns en notering i rapporten om bristande jämförbarhet med de danska siffrorna. Orsaken är att 58 % av de utvalda danska skolorna vägrade att delta (Hibell et al. 2009).

Tabell 2 Narkotikaanvändning i Skandinavien

Land	Livsstidsprevalens cannabis	Livsstidsprevalens annan narkotika	Tobaksrökning senaste månaden
Sverige	7	4	21
Danmark	19	7	32
Finland	8	3	30
Norge	6	3	19

Enligt ESPAD-undersökningen har i genomsnitt 23 procent av pojkarna och 17 procent av flickorna någon gång använt narkotika i de 35 europeiska länder som ingår i undersökningen (ESPAD 2009). Högst är prevalensen i Tjeckien, Slovakien, Schweiz och Frankrike. Den ökning av missbruket som man har kunnat skönja 1995–2003 tycks ha stannat upp. Inte i något land ökade exempelvis cannabis mellan 2003 och 2007 (a.a.).

ESPAD har också börjat genomföra enkäter bland 17-åringar över rusmedelsanvändning, men endast sex länder medverkade i senaste studien. Högst livstidsprevalens av illegal droganvändning hade Frankrike, 58 procent. Sedan kom Italien 43 procent, Slovakien 39 procent, Polen 37 procent, Grekland 16 procent och Sverige 15 procent. Den drog som de flesta använt var cannabis. Pojkar låg högre än flickor. Å andra sidan låg Sverige högst när det gällde erfarenhet av att vara alkoholberusad, också här låg pojkar högre än flickor (Andersson et al 2007). Enligt Leif Lenke och Börje Olsson visar mönstringsundersökningarna ett tydligt samband mellan berusningsdrickande och experimenterande med narkotika (Lenke, Olsson, 2002).

Med tanke på att många svenska ungdomar arbetar eller studerar utomlands kan man räkna med att de påverkas av den narkotikakultur som de möter. Ju längre de vistas utomlands desto mer sannolikt är det att de "tar seden dit de kommer" och anpassar sig till de drogvanor som gäller i det land där de vistas (Svensson, Svensson 2005).

Sammanfattningsvis kan sägas att Sverige fortfarande har en gynnsam situation när det gäller ungdomars narkotikaanvändning, men det finns faktorer som indikerar att förändringar kan vara på gång, exempelvis en hög frekvens av berusningsdrickande och ett ökat internationellt utbyte som innebär en påverkan från mer narkotikatoleranta miljöer.

7.6 Drogssituationen i dag

7.6.1 Narkotikatillgången i Sverige

CAN, som har som uppdrag att undersöka den svenska drogutvecklingen, genomför två gånger om året en enkät där man låter lokala rapportörer inom polis, socialtjänst, sjukvård m.fl. bedöma tillgången på narkotika runt om i landet. Vid samma tillfälle samlar man också in uppgifter om prisutvecklingen, men då är det bara polisen som lämnar uppgifter. I ekonomisk teori brukar man tala om ett samband mellan tillgång och pris. Om priset är högt är det en indikation på att efterfrågan överstiger tillgången. Om priset sjunker är det ett tecken på ökad tillgång (eller minskad efterfrågan). I en rapport från 2008 redovisar CAN prisutvecklingen mellan 1988 och 2007 (CRD 2008).

För hasch, amfetamin, kokain och heroin är priserna på gatunivå relativt låga under 2000-talet jämförda med slutet av 1980-talet. Hasch kostade cirka 80 kronor per gram 2007, vilket är en halvering jämfört med 1988 räknat i 2007 års penningvärde. Dessutom fördubblades polisens och tullens beslag under denna period (både i antal och vikt) vilket talar för att tillgängligheten på hasch har ökat i Sverige.

För amfetamin har priserna sjunkit ännu mer (cirka 70 procent mellan 1988 och 2007) medan beslagen tredubblats jämfört med utgångsåret. År 2007 rapporterades ett gram amfetamin kosta cirka 225 kronor. Även för kokain och heroin visar CAN:s siffror på en ökning av tillgängligheten sedan 1988. År 2007 rapporterades ett gram kokain kosta runt 800 kronor, vilket är en 40-procentig nedgång sedan 1988. Däremot är beslagen mångdubbelt fler i slutet än i början av mätperioden, men fortfarande är drogen betydligt mindre vanlig än exempelvis hasch eller amfetamin. En kraftig ökning av antal beslag av kokain kan konstateras under 2006 jämfört med tidigare år, och den högre nivån bestod under 2007, men priset har inte gått ner (CAN 2008).

Priserna på brutt heroin har fallit med nästan 65 procent under perioden och 2007 rapporterades ett gram kosta runt 1 000 kronor. Vitt heroin kostar i genomsnitt 1 400 kronor. Fram till år 2000 ökade heroinbeslagen men sedan 2001 är beslagstrenden vikande, även om beslagsnivåerna fortfarande är betydligt högre än 1988. Sammantaget tyder detta på att tillgängligheten av heroin inte

förändrats nämnvärt under 2000-talet, vilket också gäller prisnivån.⁸

En samlad bedömning av det tunga narkotikamissbrukets omfattning i dagsläget ger följaktligen en indikation om att tidigare års ökning har avlösts av en stabil situation. Det sker inga dramatiska förändringar för tillfället. De larmsignaler om exempelvis ett ökat missbruk av metamfetamin, som bland annat Tullverket har framfört, tycks främst handla om att ”vanligt” amfetamin ersätts av metamfetamin på gatunivå från och till (Svensson 2009). Ofta är det amfetamin som säljs en blandning av amfetamin och metamfetamin. I länder som USA, Australien och Nya Zeeland har introducerandet av metamfetamin inneburit en ökad spridning av centralstimulantia, i och med att det går att röka metamfetamin, vilket upplevs som mindre farligt än att injicera (Pates, Riley, 2009). Ännu har vi inte kunnat se någon motsvarande förändring av intagningsätt i Sverige, men med tanke på att internationella användningsmönster sprids i en globaliserad värld är det sannolikt att rökning av metamfetamin kommer till Sverige också med en ökning av amfetaminanvändningen som följd.

Det finns tecken som tyder på att injicerandet minskar. I exempelvis sprutbytesprogrammet i Malmö minskar besöksantalet sedan några år tillbaka, liksom tillskottet av debutanter, vilket innebär att medelåldern hos spruthämtarna stiger undan för undan (Andersson 2009). En trolig orsak till minskningen är att fler heroinmissbrukare har kommit in i underhållsbehandling. Även om förmodligen en hel del sprutor smugglas in från Danmark är det sannolikt att injektionsmissbruket i sydvästra Skåne minskar, möjligen som ett resultat av en ökad rädsla från missbrukarnas sida för att bli smittade av hepatit och hiv.

När det gäller cannabis gör CAN:s rapportörer bedömningen att missbruket ökar (CAN 2009). Tyvärr saknar vi effektiva metoder för att bedöma cannabisanvändningen och cannabismissbruket i Sverige. Det fångas vare sig genom traditionella case-finding metoder eller genom Socialstyrelsens metod att räkna narkotikamissbrukare utifrån diagnoser vid sjukhusinläggningar. Under sommaren 2009 rapporterade polisen om en kraftig ökning av den hemmaodlade cannabisen. Man gjorde bedömningen att den svenska odlingen numera överstiger importen. Om importerad

⁸ I CAN-rapport 121 redovisas gatupriserna för 2009. Prisskillnaderna per gram är små i förhållande till 2007. Amfetamin kostar 250 kr, hasch 82 kr, marijuana 100 kr, kokain 800 kr, brutt heroin 1100 kr och vitt heroin 2000 kr (Guttormsen 2010).

cannabis ligger på ungefär samma nivå som tidigare innebär den ökade hemmaodlingen ett ökat utbud av cannabis.

En rapport från polisens Nationella cannabisprojekt uppmärksammar en grupp som inte finns med i polisens eller socialtjänstens prioriteringar. Det är äldre och medelålders cannabismissbrukare som man bedömer utgöra en mycket stor del av cannabismarknaden. En välkänd "gammal missbrukare" kan för ungdomar få rollen av försäljningskanal (Rikskriminalpolisen 2007). Med andra ord finns det, precis som när det gäller amfetaminmissbruk och heroinmissbruk, äldre missbrukare som sitter kvar i ett mångårigt missbruk och inte nås av samhällets behandlingsutbud.

7.7 Narkotikapolitik

7.7.1 Är den svenska narkotikapolitiken framgångsrik?

Det finns en stark övertygelse bland politiker, intresseorganisationer och myndigheter att den svenska narkotikapolitiken har varit framgångsrik och att den har bidragit till att vi har, jämförelsevis låga siffror när det gäller det problematiska narkotikamissbruket. Essensen i politiken kan sägas vara målformuleringen "ett narkotikafritt Sverige", vilket ska uppnås genom effektiva insatser av tull och polis, höga straff för narkotikabrott, kriminalisering av det egna missbruket samt kraftfulla satsningar på prevention och vård.

I Narkotikakommissionens slutrapport "Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen" beskrevs narkotikapolitiken som framgångsrik under en följd av år (SOU 2000:126). Men kommissionen ansåg att den hade försämrats efter de kraftiga nedskärningarna av den offentliga sektorn på 1990-talet. Problemet var bland annat att den tidigare framgångsrika balansen mellan politikens tre ben – prevention, kontroll och vård hade rubbats. Nedskärningarna hade nämligen främst drabbat vård och prevention, medan kontrollen hade fått behålla mer av sina resurser. Dessutom var de myndigheter som arbetade med kontroll eniga när det gällde "syfte, mål och medel", vilket underlättade arbetet. En motsvarande enighet saknades inom områdena vård och prevention.

Kommissionen menade att Sverige stod inför ett "vägval". Antingen skulle man tillföra nya resurser till vård och prevention och fortsätta den tidigare narkotikapolitiken. Eller annars skulle

man, liksom i många andra europeiska länder, resignera, satsa på insatser för att reducera missbrukets skadeverkningar för personer med missbruk och ge upp målet om ett narkotikafritt samhälle. Kommissionens eget förslag var att man även i fortsättningen skulle ha en hög ambitionsnivå.

Ett resultat blev upprättandet 2002 av en fristående statlig kommitté – Mobilisering mot Narkotika – som skulle försöka åstadkomma en bättre samordning mellan myndigheter och på det sättet, med ganska lite av resurstillskott, kunna återupprätta den gamla, ambitiösa narkotikapolitiken. MOB gjorde 2002-2007 stora ansträngningar för att få till stånd en bättre samverkan mellan kriminalvård och socialtjänst och mellan olika aktörer på lokal nivå, för att förbättra preventionen och för att utvidga kunskapsunderlaget för narkomanvården genom utökad forskning (Fries 2007). Under några år fick narkotikafrågan en större plats i media än tidigare och ett ökat engagemang på lokal nivå uppnåddes. En utbyggnad skedde av underhållsbehandlingen, vilket bland annat har inneburit färre narkotikadödsfall och nya initiativ prövades när det gällde preventiva insatser (a.a.).

Innebar MOB-satsningen den återgång till en mer ambitiös narkotikapolitik som Narkotikakommissionen hoppades på? Möjligen skedde detta tillfälligt men MOB lades ner i slutet av 2007, strax innan den ekonomiska krisen slog till med stor kraft och det finns en risk för att beroendevården och socialtjänstens insatser för personer med missbruk skärs ner när kommuner och landsting tvingas till stora besparingar. Det innebär att det blir närmast omöjligt att bedöma om MOB-satsningen var framgångsrik, eftersom den samhällsekonomiska situationen medfört förändrade förutsättningar för narkotikapolitiken. Narkotikakommissionen konstaterade att den ekonomiska krisen under 1990-talet medförde så stora nedskärningar av missbruksvården och narkotikapreventionen att den ambitiösa svenska narkotikapolitiken åsidosattes. Risken är som sagt påtaglig att samma sak sker nu, med andra ord att vi återigen står i den valsituation som kommissionen beskrev:

Svensk narkotikapolitik står inför ett avgörande vägval. Den ena vägen kräver betydande tillskott av resurser i form av engagemang, ledning, kompetens och ekonomi. Den andra vägen innebär sänkta ambitioner och betydande acceptans av narkotikamissbruk.

Med tanke på att den samlade narkotikapolitiken förändras kontinuerligt utifrån politiska och ekonomiska prioriteringar är det

svårt att bedöma dess effekter. I min analys lyfter jag ut en aspekt av narkotikapolitiken – vården av narkotikamissbrukare – och försöker belysa sambandet mellan den och det tunga eller problematiska narkotikamissbrukets omfattning. Min utgångspunkt för att bedöma missbrukets omfattning är de tre UNO-undersökningarna och den skattning av missbruket som gjordes av Socialstyrelsen 2004. Med tanke på att undersökningarna har dålig precision när det gäller att bedöma cannabissmissbruket har jag räknat bort detta.

Under de tretton åren mellan 1979 och 1992 var ökningen av missbruket måttlig, från 10 000 personer med tungt missbruk till 16 000 (se ovan). Under denna period skedde en omfattande utbyggnad av missbruksvården. Sedan inträffade en mycket snabb ökning av missbruket mellan 1992 och 1998 då antalet missbrukare steg till 24 000. Denna ökning sammanföll med kraftiga nedskärningar av missbruksvården. Mot slutet av 1990-talet skedde en metodutveckling och viss ökning av öppenvården, vilket innebar att nedskärningarnas effekter minskade även om missbruksvården totalt fick mindre pengar än i början av årtiondet. Efter Narkotikakommissionens slutrapport och etablerandet av MOB ökade satsningen på missbruksvård något. Ungefär samtidigt avstannade ökningstakten och man beräknar att antalet missbrukare stabiliserades till 24 000.

När det gäller kontrollpolitiken skedde från polisens sida ett skifte i prioriteringar i slutet av 1970-talet. I stället för att tidigare lägga tonvikten på att komma åt de stora langarna har polisen prioriterat att komma åt langningen på gatunivå (Lenke, Olsson 2002). Detta underlättades av att det egna innehavet av narkotika kriminaliserades 1988, med en straffskärpning 1993, som gav polisen rätt att kräva urinprov från en person som uppfattades som drogpåverkad (Käll 2009). Några större förändringar av kontrollpolitiken har inte skett därefter.

Utifrån denna bedömning av vårdinsatser och missbrukets omfattning skulle man kunna dra slutsatsen att vården bidrar till att stoppa upp ökningen av missbruket. Däremot påverkar inte skärpningar i kontrollpolitiken missbruket lika tydligt. Den stora uppgången under 1990-talet skedde trots skärpningar av lagstiftningen. Men den kraftiga ökningen av antalet missbrukare under 1990-talet sammanföll med en tidsanda som jag betecknar som hedonistisk, vilket också var betydelsefullt. Denna hedonistiska epok klingade av i början av 2000-talet. Min bedömning är

att dessa förändringar var väl så viktiga som förändringar i vårdinsatserna.

Thomas Ekbohm, Gunnar Engström och Birgitta Göransson, läroboksförfattare med lång erfarenhet från arbete inom kriminalvården, framhåller att ”ju mer tillåtande ett samhälle är till en drog, och ju mer tillgänglig drogen är, desto fler människor använder drogen och desto fler fastnar i missbruk (Ekbohm et al 2006:319)”. Men den restriktiva politiken har ingen positiv effekt när det gäller dem som redan är inne i ett tungt missbruk. Om de bara straffas, utan behandling, fördjupas i stället deras problem, menar författarna. De tunga missbrukarna är en grupp som utmärks av fattigdom, bostadslöshet, arbetslöshet, sjuklighet och dödlighet. Deras situation har försämrats på senare år på grund av otillräckliga vårdinsatser. Frapperande är att rättsväsendet har fått ta över problemen. ”Häkterna har blivit avgiftningskliniker” (a.a).

7.7.2 Några narkotikapolitiska kommentarer från Danmark och Nederländerna

Även i Danmark tar kontrollpolitiken stor plats. Peter Ege, läkare och ledande dansk narkotikaexpert framhåller att kontrollpolitiken tar hand om 80–90 procent av narkotikapolitikens kostnader, medan vård och prevention får dela på resten (Ege 2004). Ändå utvärderas inte kontrollpolitiken, vilket däremot görs av behandling och prevention.

Är det självklart att en repressiv politik minskar nyrekryteringen? Den holländske forskaren Dirk Korf (1995) har analyserat hur den nederländska narkotikapolitiken påverkar tillflödet av nya användare av heroin och cannabis. Typiskt för Nederländerna är främst två saker. 1) Uppdelningen i soft drugs (cannabis) och hard drugs (alla övriga) och tillåtandet av cannabisförsäljning genom coffeshops för att hålla isär marknaden av lätta och tunga droger. 2) En massiv satsning på skadereducerande insatser till heroinmissbrukarna, främst i form av metadonprogram.

För att få perspektiv på den holländska situationen jämför han med grannlandet Tyskland, där cannabismarknaden är kriminaliserad och underhållsbehandlingen inte är lika lättillgänglig. Korf konstaterar att fler använder cannabis i Nederländerna än i Tyskland, men att de flesta har ett experimentellt eller rekreationellt bruk som inte leder till några skador. Få använder cannabis dagligen i

Nederländerna. Nyrekryteringen till heroinmissbruk är större i Tyskland. I Nederländerna är heroinisterna en åldrande population som inte fylls på, medan man ser en hel del unga heroinmissbrukare i Tyskland.

Korfs slutsats blir att uppdelningen i skilda narkotikamarknader och satsningen på underhållsbehandling har varit framgångsrik. Kanske är den viktigaste slutsatsen av Korfs analys att det är svårt att på ett entydigt sätt avläsa resultatet av narkotikapolitiska satsningar.

7.8 Förväntningar om framtiden – allmänt

7.8.1 Missbrukutvecklingen

Förutom hemmaodling av cannabis tycks den inhemska narkotikaproduktionen vara obetydlig. I den internationella arbetsfördelningen är det andra länder än Sverige som sköter produktionen av syntetiska preparat som amfetamin. Förmodligen har det ett samband med att det är lättare att få tag i precursorer i dessa länder.⁹

Den australiske medicinhistorikern Nicholas Rasmussen (2008) konstaterar i sin analys av amfetamin att det introducerades som ett undermedel men undan för undan visade sig vara ett mycket problematiskt preparat. En av hans poänger är att det inte finns och förmodligen aldrig kommer att finnas medicinska lösningar på mänskliga problem. Varje preparat som har potenta effekter kommer förr eller senare visa sig möjligt att missbruka och bli beroende av.

Den globaliserade värld vi lever i i dag präglas av rörlighet av kapital, varor, idéer och människor. Till Sverige flyttar människor med skiftande erfarenheter och traditioner när det gäller rusmedel. En parallell flyttningsström går från Sverige, bestående av personer som utbildar sig eller arbetar utomlands. Människor som lever i Sverige påverkas av ett ökat inflytande från omvärlden avseende alla former av livsstilsfenomen, inklusive narkotikaanvändning. En tänkbar utveckling i ett allt mer enat Europa är en ökad konvergens mellan länderna, när det gäller konsumtionsmönster. För Sverige där narkotikamissbruket är förhållandevis lågt skulle en ökad anpassning till ett europeiskt medeltal innebära en höjd konsumtionsnivå.

Det finns risk för att den stora ungdomsarbetslösheten fortsätter och att den innebär att vissa ungdomsgrupper hamnar i ett

⁹ Precursorer är icke narkotikaklassade ämnen som används som utgångspunkter i framställningen av syntetisk narkotika.

permanent utanförskap.¹⁰ Särskilt utsatta är ungdomar med invandrarbakgrund. För ungdomar som gör bedömningen att de är chanslösa på den reguljära arbetsmarknaden kan en karriär som kriminell te sig som den bästa utvägen för att få tillgång till pengar och status (Lalander 2001, 2009).

Ofta introduceras olika livsstilsmarkörer, olika musikgenrer och *moden* (kläder, frisyrier, utsmyckningar som piercing och tatueringar,) i ungdomsgruppen av personer som tillhör "eliten", det vill säga har hög status i en ungdomsgrupp. Sedan sprids det nya modet vidare till elitens "anhängare". Det är de ungdomar som finns i närheten av eliten och ser upp till denna. Vissa *moden* får så stort inflytande att de också slår igenom hos "mainstream", det vill säga breda lager av ungdomar. Vid det laget har eliten valt nya livsstilsmarkörer. Ibland gäller detta spridningsmönster också narkotiska preparat (Narkotikameldingen 1997:83). För att en drog ska slå igenom i stora grupper krävs att den har ett gott rykte. Här har "eliten" sin särskilda betydelse genom sitt stora inflytande över attityder och förhållningssätt.

Men narkotika har sin största spridning bland personer som lever i socialt utsatta situationer (Goldberg 2005). För den som känner sig ensam kan missbrukarlivets socialitet upplevas som attraktivt. En drog som amfetamin har precis som cannabis och alkohol effekten att den underlättar det sociala umgänget (Svensson 2007). Av Lalanders norrköpingsstudie (2001) framgår att även heroinet inledningsvis förde samman människor i en förtrolighet och tät gemenskap.

De ungdomar i de lägre tonåren och uppåt som kastar sten mot polis och brandmän kan ses som markörer av ett exkluderande samhälle. De lever i segregerade förorter med hög arbetslöshet och hög kriminalitet. Ofta är deras skolgång problematisk, präglad av stimmiga klasser, hög frånvaro och bristfällig utbildning. Om man ser till utvecklingen i USA och England löper dessa ungdomar en stor risk att hamna i narkotikamiljöer. I de narkomana subkulturerna är mod, fräckhet och stark karaktär (i Lalanders betydelse lika med att de kan hålla tyst inför polis och andra myndighetsrepresentanter) viktiga egenskaper, medan goda skolbetyg är ointressant.

¹⁰ 2008 var en femtedel av de svenska ungdomarna yngre än 25 år arbetslösa. Denna höga nivå på ungdomsarbetslösheten slås enbart av ett fåtal andra EU-länder. Vi har en ungdomsarbetslöshet i nivå med Kroatien, Polen, Slovakien och Frankrike. www.ekonomifakta.se

7.8.2 Vården

Min bedömning är att tonvikten på farmakologiska interventioner inom missbruksvården fortsätter med en betoning av läkemedels-assisterad behandling, både avseende opiater och centralstimulantia. När underhållsbehandlingen byggs ut snabbt finns en risk att de kompletterande psykosociala insatserna (som socialtjänsten ska ansvara för) minimeras vilket försämrar resultaten av vården. Det är kombinationen av underhållsmedicinering och psykosociala insatser som har god evidens, inte enbart medicinering.

Hitills har det varit självklart att den patient som inte vill ha underhållsbehandling ska erbjudas annan vård. Medicinfri vård är socialtjänstens ansvar. Med tanke på att läkemedelsassisterad behandling ska bekostas av sjukvården finns det en uppenbar risk att socialtjänsten hänvisar till denna typ av behandling i stället för att erbjuda medicinfria alternativ. I så fall får vi en ny typ av tvång inom missbruksvården – att människor som vill sluta med illegal narkotika i stället tvingas in i vad som ofta är en livslång medicinering av underhållspreparat. Den institutionsdöd som vi såg under 1990-talet, då många behandlingshem som byggde på det terapeutiska samhällets ideal lades ner, ser ut att upprepas nu. Det medför i sin tur minskad valfrihet för patienterna.

Vi kan förvänta diskussioner om underhållsföreskrivning av legalt heroin, även i Sverige. Forsningen visar ganska goda resultat av föreskrivningen av heroin, när det gäller patienternas hälsotillstånd, kriminalitet och totala livskvalitet. Diskussionerna kan påskyndas av att föreskrivning av amfetamin i låga doser blir allt vanligare även för vuxna patienter med en ADHD-diagnos. I längden kan det te sig som ologiskt att ett narkotiskt preparat – amfetamin – kan föreskrivas, medan ett annat – heroin – inte blir tillgängligt.

Narkotikamissbruk innebär stora kostnader för samhället och för enskilda. Narkotikakommissionen beräknade kostnaderna till 8 miljarder om året. Det rör sig om kostnader för polis, tull, rättsväsende men också sjukvård och socialtjänst. En viktig orsak till sjukvårdens kostnader är de hälsorisker som ett injektionsmissbruk medför. Rädslan hos narkotikaanvändarna för hiv och hepatit har förmodligen inneburit ett ökat motstånd mot att injicera. Men vårdbehoven för personer som redan är smittade med C-hepatit är stora¹¹. Det är hepatit C, snarare än hiv, som kommer

¹¹ Man beräknar att 70–80 procent av personer med injektionsmissbruk har C-hepatit.

att medföra stora sjukvårdskostnader i framtiden för personer med ett pågående eller tidigare narkotikamissbruk.

En stor del av den tunga missbrukarpopulationen finns inom kriminalvården. Enligt uppgifter från Kriminalvården (2009) är 60 till 70 procent av Kriminalvårdens intagna narkotika-, bland- eller alkoholmissbrukare. Hela 30 procent av de inskrivna i anstalt har narkotikabrott eller varusmuggling som huvudbrott. För missbrukare med kriminell belastning är återfallsfrekvensen i brott högre än för de kriminellt belastade utan missbruksproblem. När det gäller behandling är kriminalvården fortfarande underutvecklad, även om försök görs att öka behandlingsinslagen i verksamheten (ibid.).

7.8.3 Brukarmedverkan och prevention

Traditionellt har brukarorganisationer inom missbruksområdet varit svaga. Det är först på senare år som patienter själva har organiserat sig, som i Sveriges Brukarförening (SBF) och Metadonpatientföreningen (MPF). Visserligen har RFHL också haft karaktären av brukarorganisation men professionella från missbruksfältet har haft en framträdande roll i organisationens ledning. Även KRIS (Kriminellas revansch i samhället) är en brukarorganisation, men den organiserar också personer som inte har haft ett narkotikamissbruk.

Brukarorganisationernas inflytande har begränsats av att de har varit oeniga i viktiga policyfrågor. Exempelvis har en organisation som KRIS varit stark motståndare till läkemedelsassisterad behandling, medan SBF och MBF varit varma förespråkare för denna vård. Om i framtiden synen på missbrukare normaliseras och personer med missbruksproblem ses som en patientgrupp bland andra kommer ett ökat brukarinflytande att vara en självklarhet.

Den prevention som är verksam kräver omfattande insatser som riktar sig till ungdomars totalsituation. Punktinsatser, som när en före detta missbrukare kommer till en skola och informerar om narkotika är enligt forskningen verkningslös. Den engelske forskaren Hilary Klee framhåller vikten av hur ett hälsobudskap uppfattas av mottagarna. För att budskapet ska nå fram krävs att dess negativa sida uppfattas som trovärdig och personligt relevant och inte kan avfärdas med att det bara gäller personer som är obegåvade och oerfarna. (Klee 1997).

En narkotikapolitik som bygger på att det är svårt att använda narkotika ger förmodligen resultatet att färre börjar men att hälsosituationen försvåras för dem som håller på. Polisiära insatser för att stoppa öppna drogscener (där narkotika används och säljs) bidrar förmodligen till att färre använder narkotika.

Drogtester förs ofta fram som en metod för att tidigare upptäcka att ungdomar använder narkotika. Exempelvis RNS och FMN framhåller behovet att testa ungdomar redan i grundskolan för att man ska få kännedom om ett missbruk tidigt. Ted Goldberg, professor i socialt arbete i Gävle, tillhör dem som ifrågasätter ett utökat testande (Goldberg 2004). Han menar att problemet inte handlar om att upptäcka narkotikamissbrukare – de ungdomar som använder narkotika är redan kända av myndigheterna – utan att hitta verksamma metoder för att hjälpa ungdomarna. Det är enligt Goldberg bättre att lägga resurserna på hjälpinsatser, för att komma åt de orsaker som ligger bakom att en ungdom missbrukar narkotika, än på repressiva åtgärder, som tvångsmässiga urinprov.

7.8.4 En brittisk narkotikaprogno

Foresight är en tankesmedja som är knuten till den brittiska regeringen. Den gör regelmässigt prognoser om den framtida samhällsutvecklingen. Fyra brittiska narkotikaforskare fick uppdraget att utifrån sociologisk forskning förutse narkotikautvecklingen i Storbritannien de kommande tjugo åren (McKeganey et al. 2005). Gruppen valde att arbeta med fyra olika framtidsscenarier. Utgångspunkten var en beräkning att landet i nuläget har ca 350 000 problematiska narkotikamissbrukare. Prognosen landade i allt ifrån 300 000 till 1 000 000 missbrukare. Forskarna själva valde att i första hand föra fram det mest pessimistiska scenariot med en miljon problematiska missbrukare år 2025¹². De konstaterar att narkotikamissbruket har haft en våldsam expansion under de senaste femtio åren och att det är mycket osannolikt att den nuvarande problemnivån utgör taket. Vad som krävs för att hålla tillbaka den förväntade ökningen av missbruket är mer resurser i arbetet mot narkotikan.

¹² I en ingress till analysen gör "Government", dvs. den brittiska regeringen, en markering att missbruket har minskat sedan 1998 och att prognosen enbart står för forskargruppen. "It should be noted that this paper only looks in detail at the implications of worst case scenarios".

If we are to avoid the point where drug abuse reaches a level that is beyond the capacity of society to cope with it (and we have no way of knowing what that point may be) there will be a need to substantially increase funding in the areas of drug prevention, drug treatment and drug enforcement and to ensure that interventions in each of these areas are maximally effective (ibid: s. 5).

Utifrån en jämförelse mellan storstadsområden med höga andelar narkotikamissbrukare och övriga landet drar forskarna slutsatsen att det finns ett ”förråd” av sårbara personer som ännu inte har börjat använda narkotika. Om exempelvis kvinnor började få lika hög andel missbrukare som män skulle antalet stiga kraftigt. Likaså om missbruket utanför storstäderna steg till storstadsnivåer. En annan anledning till ett ökat antal är att missbruket ökar för varje generation. Bland åldringarna som dör är det få narkotikamissbrukare, medan varje ungdomsgeneration fyller på med nya.

Forskarna tar upp ett antal konsekvenser om man får ett kraftigt ökat narkotikamissbruk i landet.

1. Fler narkotikarelaterade dödsfall.
2. Fler personer med infektionssjukdomar som hiv och hepatit.
3. Fler barn som växer upp i missbruksfamiljer.
4. Mycket stora ekonomiska och sociala kostnader.
5. Ökning av den narkotikarelaterade brottsligheten.
6. Ökad synlighet av personer med narkotikamissbruk i den offentliga miljön. Likaså allt fler människor som har en anhörig med narkotikamissbruk.
7. Den illegala och legala ekonomin växer samman i allt större utsträckning.
8. Ökat politiskt inflytande för personer som är verksamma inom narkotikahandeln.
9. Förändrad narkotikapolitik som en anpassning till de ökade problemen.
10. Förändringar i utrikespolitiken i förhållande till de länder där narkotika produceras.

Forskargruppen förutser också förändringar i den brittiska befolkningens attityder till personer med narkotikamissbruk. Dessa

förändringar kan gå åt två håll – antingen i form av större förståelse för personer med missbruk – eller så får man större motsättningar mellan narkotikamissbrukare och den övriga allmänheten (ibid).

7.9 Resultat från enkäten till experter

7.9.1 Hur kommer tillgången på narkotika se ut i framtiden?

För att få större bredd på framtidsbedömningen har jag skickat ut ett antal frågor till trettio utvalda experter, varav 21 har svarat. Frågorna har rört förväntningar om tillgången på narkotika, missbrukets utveckling och den framtida vården. Experterna är personer som arbetar inom beroendevården eller som forskar om narkotikamissbruk eller som har omfattande expertis om missbruk från andra verksamhetsfält.

Den allmänna bedömningen bland experterna är att tillgången på olika narkotiska preparat även i framtiden kommer att vara stor. Sannolikt fortsätter utvecklingen med att nya preparat, som liknar de etablerade drogerna, uppträffas och lanseras. Här kommer kontrollmyndigheterna ofelbart att befinna sig på efterkälken, eftersom det är svårt att kriminalisera ett preparat som ännu inte är ute på marknaden. Flera av preparaten bygger dessutom på produkter som används inom den kemiska industrin för kommersiella ändamål. I enkäten har flera respondenter tagit upp ett förväntat ökat missbruk av preparat som importerats via Internet. I den senaste rapporteringen från CAN tar man upp bland annat mefedron, spice och tramadol (CAN 2009). Dessa är också preparat som nämns flitigt bland deltagarna i internetportalen Flashbacks forum, där det finns en ständigt pågående diskussion bland användare om olika substansers berusningspotential.

I en amerikansk studie om tonåringars drogvanor konstateras att användningen av receptbelagd medicin som berusningsmedel ökar. Ungdomarna väljer smärtstillande preparat som Oxycontin och Vicodin, eftersom de uppfattas som säkrare än gatudroger. Fortfarande är marijuana den vanligaste illegala drogen, men bland dem som debuterade med droger under 2005 var det nästan lika många som använde receptbelagd medicin som marijuana (NSDUH, 2006).

Experterna förutspår också en ökning av kokainmissbruket och några förväntar sig att cannabis kommer att öka. Få förväntar sig

att heroinet kommer att öka, förutom på opioidsidan i form av ett ökat missbruk av buprenorfin (Subutex, Suboxon). De flesta är överens om att några dramatiska förändringar i den framtida narkotikakonsumtionen i Sverige inte är att vänta.

Några röster om tillgången till narkotika:

Jag tror vi kommer att se mer missbruk av narkotikaklassade tabletter (främst inhandlat över Internet). Ser tendenser och möter mer socialt etablerade missbrukare (yngre datakunniga) som handlat tabletter över nätet, främst smärtstillande och lugnande, såsom kodeinpreparat, tramadol och ångestdämpande bensodiazepiner. Inköp över Internet upplevs som anonymt, lätt och smidigt. Även insmuggling till Sverige av narkotikaklassade tabletter kommer att öka. Magnus Andersson, Malmö.

När det gäller vilken typ av preparat som kommer att användas kommer det förmodligen att ske en fortsatt ökning av läkemedelsmissbruket, men överhuvudtaget kommer drogmarknaden när det gäller preparat att bli mer differentierad, det vill säga att den kommer att bestå av fler preparat-typer, dels de gamla, men också med tillförsel av nya. Arne Kristiansen, Lund.

Länge har missbruket i stort sett likadant ut med hasch, nikotin och alkohol som inkörsport till mer tyngre droger i form av amfetamin, kokain och heroin. I och med Internet kommer det nog att bli allt vanligare med mer "hemmagjorda" designade droger för olika behov och dessa kommer att tillverkas, säljas och modifieras utifrån hur människors behov ser ut och blir därför flexibla och "World-Wide" precis som den "moderna människan" förväntas vara. Även fortsatt ökning av unga som missbrukar suboxone/subutex direkt eftersom det kommer att öppnas fler mottagningar för underhållsbehandling med ökad tillgång på dessa preparat såväl legalt som illegalt. Dock kommer tyngre droger alltid att finnas kvar för det är där som de stora pengarna finns. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Utanför Internet är kopplingen mellan kokain och kriminalitet den realitet som många väljer att inte se. Här har kriminaliteten spridit sig med användandet och människor med "hög social status" har i dag en kriminell identitet som vi inte känner igen. Kokain är i dag inte speciellt dyrt sett till den livsstil den förknippas med. Här har vi ett helt annat "socialt mönster" och andra verktyg för avdramatisering än hos de unga som håller till på nätet. Två huvudriktningar i Stockholm som kanske är på väg att smälta samman, förortskriminella gäng och Stureplanseliten. Åsa Magnusson, Stockholm.

I kristallkulan ser jag tydligt en tid av ökad användning av cannabis. Det innebär att kunskapen om och behandling i olika situationer måste

fortsätta att utvecklas. Internetdroger kommer att minska eftersom effekten av dem inte motsvarar reklamen. Däremot kommer antalet skadliga ämnen att fortsätta att marknadsföras som bra alternativ till partydroger och cannabis. Eftersom de är kryddor eller andra växter så kommer de när de röks avge terpenoider, vilket egentligen skapar ett lätt lösningsmedelsrus. Den allmänna självbevarelsesdriften kommer att göra de flesta av dessa preparat ointressanta. Thomas Lundquist, Lund.

I Göteborg och närliggande städer är missbruk av GHB ett växande problem. Omkring 10 procent av ungdomarna missbrukar GHB. Drogen är enligt fältarbetarna "försätlig". Förutom risken för medvetlöshet och andningsuppehåll bidrar den till att hämningar släpper och leder till sex med pornografiska inslag. Både pojkar och flickor blir sexuellt utsatta. Karin Trulsson, Höör.

När det gäller preparat etc. pekar ju olika kartläggningar på ett ökat användande av kokain, i Europa, men också i Sverige. Och spridningen av olika gamla och nya, legala och illegala droger och psykoaktiva produkter visar ju på en utomordentligt stor uppfinningsrikedom som framtidens narkotikapolitik har att hantera. Hur denna "marknad" utvecklas hänger naturligtvis ihop med vad som händer inom ungdomskulturen i stort. Anette Skårner, Göteborg.

Ingen större förändring kommer att ske av bruket av heroin. Heroin är ingen sexdrog eller partydrog, och sprids därför inte den vägen. Dessutom är de negativa konsekvenserna för stora för att heroin ska sprida sig till bredare grupper utanför de redan marginaliserade. Men de marginaliserade kan komma att börja tidigare med tyngre droger som heroin. Magnus Andersson, Malmö.

7.9.2 Kan vi räkna med nya vågor av ungdomsmissbruk?

Många av respondenterna pekar på den dåliga samhällsekonomin som både påverkar enskilda människors möjligheter att få arbete och bostad och myndigheters förmåga att organisera förebyggande insatser och vårdinsatser för dem som faller igenom systemet.

Flera uttrycker oro över boendesegregationens följder och den svåra arbetsmarknadssituation som särskilt ungdomar med invandrarbakgrund står inför. Sociologen Ted Goldberg befarar att allt fler invandrare från tredje världen kommer att rekryteras till problematisk konsumtion, eftersom de inte bereds plats i det svenska samhället. "Bristen på hopp om en positiv framtid är en central drivkraft bakom problematisk konsumtion".

Ulla Spång och hennes kollegor på en ungdomsmottagning i Skellefteå betonar att det är viktigt att Sverige behåller sin restriktiva narkotikapolitik. "Den har haft stor betydelse för att vi

trots allt inte har så stora problem på narkotikasidan som många andra länder”.

Anders Arnsvik, som arbetar på FoU-Nordväst i Sollentuna, tar upp att ungdomsmissbruket (unga vuxna 18–24 år) ur ett socialtjänstperspektiv är svårt att nå.

”Socialtjänsten är generellt inte organiserad för att arbeta med den här gruppen trots att det är en prioriterad grupp. Svårigheterna består bland annat av att många förnekar att de har problem samt att de ännu inte fått några konsekvenser av missbruket”. Agneta Forsberg, också hon socialarbetare, menar att mäns och kvinnors missbruk troligen kommer att jämnas ut alltmer i framtiden. ”Unga kvinnor är oftare rökare än män och alkoholkonsumtionen har ökat bland unga kvinnor vilket sannolikt gör att en del även provar droger under alkoholens rus”.

Fler röster:

Jag tror inte på några omvälvande förändringar. Trots allt prat om globalisering tycks de nationellt kulturella strukturerna vara ganska sega. Små, begränsade ”epidemier” kommer att bryta ut då och då, men den typiskt svenska, låga nivån av experimentellt bruk kommer att bestå. Jouko Lindgren, Stockholm.

Någon ”våg av ungdomsmissbruk” har jag svårt att se framför mig, men klart är att Internet erbjuder nya vägar för att skaffa droger, vilket skulle kunna leda till en viss ökning. Thomas Karlström, Malmö.

Frågan om vi kan räkna med en ny våg av ungdomsmissbruk är enligt min mening något felställd. Snarare än *om* så borde det vara *när* vara mer på sin plats. Under min tid som socialarbetare med ungdomar i stadsdelen Rosengård så fick jag en relativt bra bild av hur dessa ungdomar ser på användandet av narkotika och denna skiljer sig avsevärt mot den som min generation (70-talisterna) hade eller har. De unga i Rosengårds som jag stött på har i stort sett alla testat någon form av narkotika och de som inte har det känner flertalet som har det. Jimmy Pettersson, Malmö.

Missbruket kommer att bli mer och mer individuellt. Folk kommer fortfarande att samlas för att missbruka tillsammans men då enbart i syfte att må bra själva. Solidariteten – om den ens har funnits – är bortblåst. Nätverken inom dessa kretsar kommer att finnas kvar men då enbart i syfte av att de fyller en funktion. Stefan Ahlund, Enköping.

Det finns några faktorer som innebär stora risker för ett ökat narkotikamissbruk. För det första den ökande ekonomiska segregationen i samhället, som bland annat handlar om försämringar av

socialförsäkringssystem, ghettoisering av stadsdelar och ökande arbetslöshet och utanförskap (i synnerhet bland unga). Andra faktorer som kommer att påverka den framtida missbrukssituationen är den tydliga tendensen till medikalisering av till exempel missbruksvården, men också barn- och ungdomspsykiatri. Användningen av psykofarmaka och andra läkemedel kommer inte bara att bidra till läckage, utan även till att allt fler kommer att se användning av läkemedel och droger som en självklar del av deras livsstilar. Arne Kristiansen, Lund.

Ungdomar kommer troligen alltid att vara nyfikna och vilja experimentera med droger på olika sätt som en del av tonårsutvecklingen. De flesta vet att det är farligt med droger, men bara upplysning hjälper inte. Det behövs mer livskunskap under skoltiden och i andra sammanhang. Inställningen till livet behöver diskuteras på ett djupare plan för att få unga människor att vilja leva drogfritt och nyktert och se vinsterna med det som en motkraft mot ökad kommersialisering, maktbegär, pengar och relationer som en handelsvara. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Inte minst på grund av finanskrisen har ungdomar svårare att ta sig in i det etablerade samhället – med jobb och egen bostad. Socialtjänsten i Stockholm har under flera år pekat på att gruppen unga vuxna växer i gruppen hemlösa. Det här kommer att synas även i missbruksstatistiken. Också i gruppen invandrade personer växer missbruket och hemlösheten sedan några år. Jag tror att ungdomar och invandrade kommer hamna alltmer utanför och att narkotikamissbruket framför allt kommer att öka i dessa två grupper. Victor Estby, Stockholm.

När nya droger med särskilda effekter dyker upp kommer vissa att fastna i ett missbruk. Mängden som gör det har troligen att göra med i vilken grad ungdomar känner sig som en del i samhället, har jobb och upplever en tillhörighet. Leili Laanemets, Malmö.

Säkert kommer vi få nya vågor av ungdomsmisbruk. Jag ser dock inte några tendenser till legalisering i Sverige. Krav i den vägen har snarare mattats av gentemot förr. Kraven handlar snarare om att snabbare illegalisera olika nya designade droger som säljs via nätet.

Jag kan tänka mig att typ av droger för dem som drogat också förändras av tidsandan och av andra påtagliga beteenden. Med tanke på att rökning generellt minskat kraftigt bör droger som primärt röks inte öka, utan kanske tvärtom minska - i vart fall vad gäller nyrekrytering. "Färdigheten" att röka innebär en viss tröskel som fler då måste över. Å andra sidan finns redan i dag en stark betoning på "energidrycker" och medikamenter, som kan medföra att droger som tas in oralt kan ligga närmare till i framtida missbruksvågor. Arne Gerdner, Östersund

7.9.3 Är det sannolikt att några av dagens preparat kommer att legaliseras?

Panelen räknar inte med några förändringar av exempelvis cannabis legala status. Om EU skulle besluta om en avkriminalisering av cannabis skulle Sverige tillhöra de allra sista länderna inom EU som anpassade sig till detta. Flera av experterna från södra Sverige pekade på den påverkan som den danska narkotikapolitiken har på situationen i Skåne. Om cannabis avkriminaliseras i Danmark räknar man med att skånska ungdomar kommer att öka sin förbrukning, eftersom tillgången på cannabis ökar i närområdet. Dessutom indikerar en avkriminalisering att cannabis är tämligen ofarligt, vilket leder till minskat motstånd mot att använda drogen.

Några röster:

Svårt att svara på legaliseringsfrågan. Det skulle i så fall vara marijuana och cannabis men samtidigt betraktas detta som inkörsporten i den fortfarande endimensionella synen på droger och missbruk... En annan drog som ligger närmare legalisering än andra preparat är khat – och OM det visar sig att det bara är somalier som använder detta så skulle det inte förvåna mig om den legaliseras eller åtminstone att ”eget bruk” inte blir kriminellt. Men samtidigt så finns det tecken på att den har spridit sig till andra människor plus en rörelse inom somaliska föreningar som varnar för khat som talar mot detta. Leili Laanemets, Malmö.

Många av dagens preparat är ju på ett vis redan legala. Concerta, metadon, suboxone, cigaretter, alkohol, bensodiazepiner är samtliga sinnesförändrande och vissa ordinerar ju som legal behandling trots det läckage och missbruk som förekommer. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Ingen i dag illegal drog kommer att bli legal under de tio åren som är närmast, spikar jag fast. Jag tror att det krävs en tyngd och problem-anhopning av apokalyptiska mått som i det latinska Amerika för att åstadkomma drastiska förändringar i vår syn på droger i en svensk kontext. Inga inbördeskrig, kokaodlande bönder eller nord-amerikanska rådgivare i sikte. Det svenska ”narkotikaelandet” kommer att befinna sig inom hägnet av social- och vårdpolitik även fortsättningsvis. Jouko Lindgren, Stockholm.

Legalisering förefaller ofta att diskuteras som en ”lösning” på en del av drogmissbrukets baksidor, i en del EU-länder; och om detta genomförs utan ordentliga, noggranna och nyanserade analyser (som skulle kunna förhindra att dylika lösningar föreslås) så kan det sluta riktig illa för många unga, men även för en del äldre. Bruket och missbruket

stigmatiseras, accepteras och det förpassar brukarna och missbrukarna ut i marginalen, vilket självfallet kan skapa allvarliga psykosociala problem. I och med den nödvändiga öppenheten mellan länderna inom EU, så kan man nog förvänta sig import av såväl droger som av "radikala/liberala" idéer kring narkotikaproblemet, generellt. Thomas Karlström, Malmö.

Opinionen kommer att öka i fler europeiska länder för att avkriminalisera cannabis, vilket kommer att sätta press på Sveriges hållning. Magnus Andersson, Malmö.

I dagens Europa har jag dock svårt att se hur Sverige ska kunna fortsätta att lägga ribban på samma nivå som tidigare. Detta då flera av medlemsstaterna i unionen inte ser de lätta drogerna som särskilt prioriterade. I flera länder är det snarare så att det går åt motsatt håll och att innehav för eget bruk håller på att avkriminaliseras, om inte enligt lagen så enligt polisernas beteende. Jag har under mina resor runtom i Europa flera gånger sett hur poliser som struntar i att ingripa trots att människor sitter och rullar jointar helt öppet. I Belgien är det numera tillåtet att odla två stycken marijuanaplantor för eget bruk, i de delar av Tyskland som gränsar mot Holland så är det en enorm trafik över gränsen och i England finns det sedan länge svartklubbar som helt öppet skyltar med att de säljer cannabis utan att polisen gör några större tillslag. Så visst kommer vi att få se en förändring i framtiden men jag tror snarare att det kommer att bli Sverige som får ge sig och inte tvärtom. Jimmy Pettersson, Malmö.

Min gissning är att Sverige blir bland de sista länderna som avkriminaliserar och om detta händer kommer det inte att ske inom en överskådlig framtid. Om Sverige skulle avkriminalisera till exempel cannabis kommer det att ske därför att resten av EU har gjort det och svenska politiker kommer att gömma sig bakom "nödvändigheten av en gemensam policy". Ted Goldberg, Solna.

7.9.4 Vad kan vi förvänta oss när det gäller narkomanvården? Finns det nya behandlingsmetoder som väntar bakom knuten? Är det några nya problem som vården kommer att möta i framtiden?

Flera i panelen tar upp att "narkomanvård" är ett otidsenligt begrepp och bör ersättas av beroendevård, eftersom olika typer av rusmedelsmissbruk går ihop och förekommer samtidigt. Likaså framhåller man behovet av samverkan mellan olika aktörer inom missbruksområdet, främst socialtjänst, beroendevård och psykiatri. Det finns en stor oro i gruppen (som har en tonvikt på socialarbetare och samhällsvetenskapliga forskare) för vad man kallar en

ökad medikalisering, det vill säga att mediciner får en allt större plats medan utrymmet för behandling som bygger på psykosociala interventioner minskar.

Kopplingen mellan samhällsekonomi och nivån på missbruksbehandlingen tas upp av många av experterna. När skatteintäkterna minskar ute i kommuner och landsting är personer som har narkotikamissbruk en grupp som riskerar att hamna i skymundan.

Några röster:

Den låga prioriteten för missbruksvården i Sverige urholkar rätts-säkerheten och legitimiteten för socialtjänsten och psykiatrin som en väsentlig faktor i välfärden och som ombud för utsatta människor. Det cementerar också utanförskapet för dessa människor i och med att vi inte längre har några högre samhälleliga mål för att bryta detta djupa utanförskap. Diskriminering är ett begrepp som borde användas för att förstå konsekvenserna av den låga prioriteten för den enskilde och på gruppnivå. Jimmy Blondin, Väckelsång.

Med hänsyn till det fokus som i dag ligger på evidensbaserad praktik och på samverkan, kommer utvecklingen av dagens narkomanvård troligen att påverkas till ett mer tydligt gemensamt arbete utifrån den biopsykosociala delen och medicinska kompetensen. Anna von Reis och Annica Henriksson, Lund.

Det som är notabelt är medikaliseringen som blivit ett betydande inslag under de senaste 10 åren med utökade platser inom metadon- och subutexprogrammen (för heroinmissbrukarna) främst i storstäderna. Detta är trenden och den kommer sannolikt att fortsätta då samhället strävar mot att finna enkla lösningar på komplexa problem. Anders Arnsvik, Sollentuna.

Det vi i dag ser som oroar oss är att fler och fler narkomaner behandlas enbart med mediciner för sitt missbruk. Man saknar den breda kompetens som kommunens socialtjänst har haft och har alltjämt. Det är viktigt att se att narkotikamissbruk är ett mångfacetterat problem där det behövs flera insatser och fler ögon som kan se vad den enskilde har för behov och där man utgår från helheten runt missbrukaren. Behovet är ofta ett socialt fungerande liv med arbete, bostad, nätverket med anhöriga som är till stor hjälp och ibland avgörande för att ta sig ur ett missbruk. Ulla Spång, Skellefteå.

I korthet vill jag peka på en trend inom området, medikaliseringen. Vi har ju ibland använt ordet "medical mind". För mig betyder det två saker. Dels att människor blir alltmer benägna att möta inre och mellanmänniska tillstånd med psykoaktiva substanser. Här finns en klar tendens att dessa alltmer "legaliseras", dvs. att traditionellt illegal

narkotika alltmer byts ut mot legalt tillverkad medicin, som används i icke-medicinskt syfte. Den andra sidan är att beroendetillstånd hos människor också möts med psykoaktiva substanser, det vill säga, att den hjälp som erbjuds är medicinsk. Alf Midholm, Göteborg.

Det biologiska synsättet är dominerande i dag. Neurokemi och forskning på området står högt i kurs och nya läkemedel mot beroende kommer nå marknaden. Risken är att Sverige som varit restriktiva mot bensodiazepiner nu riskerar att få en högre förskrivning av dessa läkemedel i spåren av förskrivning av metadon, subutex, suboxone, ritalin, med flera preparat. Jimmy Blondin, Väckelsång.

Vi kommer att få en allt större grupp av äldre missbrukare som förutom sociala, ekonomiska, psykiska problem har stora fysiska problem bland annat genom att de under lång tid burit på hiv-virus och hepatit B och C. Samtidigt kommer nya grupper av väletablerade och socialt integrerade människor vars droganvändande ”ställer till problem” dock utan att de ser sig som ”missbrukare”. Droganvändare från andra kulturer kommer också att komma in i vårdapparaten, främst via kriminalvården. Med andra ord kommer gruppen narkotika(miss)brukare bli oerhörd differentierad vilket ställer krav på vårdapparaten – man kan inte dra alla över en kam!! Leili Laanemets, Malmö.

Brukarorganisationerna och olika typer av brukarstyrda verksamheter kommer att öka sin betydelse inom missbruksvården. Ett skäl till det är att den offentligt drivna vården minskar. Ett annat skäl är att brukarstyrda verksamheter ofta har minst lika goda resultat som professionella. Ett tredje är att brukarstyrda verksamheter erbjuder medicinfria behandlingar vilket många opiatmissbrukare efterfrågar. Arne Kristiansen, Malmö.

Vi kommer att möta fler som inte blir helt drogfria utan växlar mellan olika droger över tid och detta i sin tur kommer att ställa nya krav på arbetsmarknaden, föräldrarollen och så vidare. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Forskar- och myndighetsvärlden har blivit medvetna om att de flesta avancerade missbrukare började i tidiga tonår, och med då upptäckta psykiatriska symtom (till exempel bokstavskombinationer). Beroendevården måste vara multiprofessionell. Thomas Lundqvist, Lund.

Ett nytt problem, som under 2000-talet börjat uppmärksammas, är barns abstinens i samband med att mamman missbrukat narkotika eller läkemedel under graviditeten. Forskare i Norge har belyst problematiken med Neonatalt abstinenssyndrom NAS. Barnen blir ljuskänsliga, irriterbara, har sömnproblem, matproblem och problem i samspel med föräldern eller andra som tar hand om dem. Karin Trulsson, Höör.

EU måste också möta den fria rörligheten över gränserna med kraftigt utökad socialpolitik i östländerna som blivit medlemmar senaste åren. Annars kommer vi att få en ny, stor underklass, ett trasproletariat med

stora missbruksproblem i Sverige. Samtidigt innebär EU:s murar mot omvärlden problem för människor i Afrika och Asien som flyr hit och är tvungna att leva gömda under stora umbäranden här. De påfrestningarna kommer säkert också på sikt att leda till ökat missbruk i den gruppen. Victor Estby, Stockholm.

Jag är i och för sig inte rädd för att medicinska behandlingar både används och utvecklas för att bringa ned missbruk och överdödlighet (det är tvärtom önskvärt). Det jag däremot är rädd för är om detta leder till avrustning av sociala insatser och psykosocialt orienterad vård. Enligt mina sagesmän är det exakt vad som hände i Frankrike när man där satsade stort på underhållsbehandling. Det är viktigt att det även i fortsättningen finnas starka drogfria behandlingsalternativ även för heroinister.

I USA har Georg DeLeon pekat på problemet att heroinister som får metadon också har behov av att tillämpa "recovery"-ideologi i sin egen rehabiliteringsprocess. Detta har medfört att han initierat behandlingsprogram som kombinerar metadon med terapeutiskt samhälle-inslag och 12-steps-arbete. Följaktligen har det även bildats självhjälpsgrupper "Metadon Anonymous", och dessa grupper är inte inriktade på att sluta med sitt metadon, utan på att sluta med missbruk och tillämpa 12-steps-programmet i sina liv tillsammans med den krycka som deras metadon utgör. Frågan är när motsvarande initiativ tas i Sverige? Arne Gerdner, Östersund

7.9.5 Är det något i den nuvarande narkomanvården som vi kan räkna med kommer att omvärderas?

På denna fråga kommer det upp kritik mot de förenklingar som dagens narkomanvård står för. Det rör sig exempelvis om att förmedla en alltför negativ syn till personer med heroinmissbruk om möjligheterna att klara sig utan underhållsmedicinering. Likaså framförs kritik mot bristen på brukarinflytande i vården.

Genom upphandlingsförfarandet, som sköts av tjänstemän utan specialistkunskaper, missgynnas ambitiösa behandlingsprogram som arbetar med personer som både har missbruk och psykisk ohälsa. I stället är det den billigaste lösningen som gäller.

Ja, definitivt finns det sådant som bör förändras. Bryt till exempel myten om att det skulle vara extra svårt för heroinmissbrukare att bli drogfria. Olika droger ger olika svårigheter när man ska sluta och fokus måste ligga just på det. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Trots fortsatt hård hållning bland lobbygrupper och en stor del av allmänheten och före detta narkomaner att narkomaner ska bli friska av att lida, förnedras och stängas ute tror jag att utvecklingen pekar åt motsatt håll. Narkomanvården kommer att bli mer human och därmed också mer effektiv. Kanske kan folk också begripa att narkomani liksom alkoholism är en sjukdom eller kanske snarare självmedicinering för människor som mår dåligt och befinner sig i livskriser. Victor Estby, Stockholm.

Några revolutionerande arbetssätt finns inte vid horisonten. Däremot en förhoppning om att *relationen* återigen får en innebörd. Kunskapsöversikter och olika FoU-rapporter som publicerats under de senaste åren lyfter upp detta faktum. Anders Arnsvik, Sollentuna.

Omvärderingar och nya problem, säger du? Ja, säkert – bara jag visste vad och vilka problem? Då och då undrar jag om den där bilden om hjärnans belöningsystem som vi nu stirrat på något decennium under var och varannan konferens kommer att behålla sin status som det sista ordet om missbruk och beroende över eviga tider? Jouko Lindgren, Stockholm.

Synsättet på när och vem som är missbrukare kommer att förändras då fler kommer att våga testa droger på nätet där det kan ske utan någon särskild risk. Man slipper kontakten med andra narkomaner och det tar längre tid att identifiera sig själv som missbrukare, för omgivningen att upptäcka det och därmed kan missbruket pågå längre innan man söker hjälp. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Sverige har förändrats och vi har en än mer heterogen befolkning som ställer högre krav på att vården anpassas till olika gruppers behov. Anna von Reis och Annica Henriksson, Lund.

Det som den biologiska forskningen kommit fram till, bör användas för att förklara för missbrukaren (jag tänker främst på heroinmissbrukare), varför det upplevs så svårt att låta bli drogerna, lära dem att skilja på svårt och omöjligt etc., i stället för att ensidigt försöka lösa problemen genom medicinering och underhållsbehandling. Den drogfria missbruksvården måste återerövra denna så viktiga "mark" och återinföra hoppet och vetskapen om att DET GÅR att bli kvitt ett beroende och det går att bli drogfri, helt drogfri, oavsett gener, hjärnans receptorer och signalsystem. Thomas Karlström, Malmö.

Även om vi blir hur duktiga som helst i behandling kan vi aldrig få bättre resultat än samhället är beredd att välkomna dem ut i samhället till efter en behandling. Det är närmast omöjligt att till exempel. byta kommun, människor med långvariga destruktiva livsstilar är dömda att gå tillbaka till samma miljö utan möjlighet att bli en "skattebetalare". När ska samhället ta tag i dessa problem? Eller lastar man över kraven på oss behandlare för att slippa ta tag i eget ansvar? Christel Blondin, Väckelsång.

Tror inte att en missbrukare i framtiden kommer att kunna gå igenom 3–5 olika behandlingar på behandlingshem under sin missbrukstid, utan de får 1–2 möjligheter. Magnus Andersson, Malmö.

Den utveckling av missbruksvården mot öppenvård som förstahandsval och kortare vårdtider i de fall behandlingshem ändå kommer i fråga kommer förmodligen att fortsätta, särskilt om den kommunala ekonomin fortsätter att vara dålig och inga ”öronmärkta” resurser avsätts (inte minst för gruppen lite äldre tunga narkotikamissbrukare som riskerar att drabbas särskilt hårt). Frågan är hur den enskilde individens behov och egna önskemål kommer att beaktas, det vill säga i vilken utsträckning kommer behandlingsplaneringen att vara kunskapsstyrd eller budgetstyrd? Anette Skårner, Göteborg.

LVM kommer att försvinna även om det tar längre tid än vad jag har trott men det är helt enkelt dött. Harm reduction kommer att växa sig starkare och i slutändan kommer vi nog att se någon form av försöksutskrivning av droger igen. Dock helt annorlunda än det såg ut på 1960-talet. Narkotikan kommer att skrivas ut under medicinska förtecken i allt högre grad vilket också är befogat. Stefan Ahnlund, Enköping.

Genom åren har de enskilda samtalen på behandlingshemmet blivit färre och färre på grund av administrativt arbete. Kraven har ständigt höjts av beställare, myndigheter och oss själva i form av rapporter. Som ett exempel räknade jag i våras ut att våra platschefer har cirka 40 olika rapporteringsuppdrag med skilda intervaller i sina arbetsuppgifter att sköta, och fler är på gång. Som exempel kan man också ta upp våra avtal som består av cirka 130 stycken, och varje avtal är unikt med många arbetstimmar bakom sig, både hos beställaren och hos oss. Finns det ingen som skulle kunna samordna dessa? Varför måste varje kommun uppfinna hjulet varje gång? Från mitt perspektiv kan jag se att för varje år går mer och mer av vårdkostnaden åt till administration och mindre och mindre går direkt till patienten. Christel Blondin, Väckelsång.

Relationers betydelse och även sexualiteten behöver synliggöras mer även inom narkomanvården då svårigheter och okunskap inom dessa områden inte sällan utgör orsak till återfall i missbruk och ger problem att finna harmoni i det drogfria livet. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Frågan om heroinbehandling kommer att dyka upp. Nyligen har en ny engelsk studie presenterats med positiva resultat, vilket gjort att de engelska heroinprogrammen nu ska utökas. Den danska verksamheten har också inletts, och om den visar resultat av samma typ som tidigare verksamheter som kommer det att bli positiva utvärderingar. Detta kommer sannolikt att påverka den svenska debatten i så måtto att vissa aktörer kommer att föreslå svensk försöksverksamhet. Vi får då i vanlig ordning en polariserad debatt. Men hur kommer svenska myndigheter att ställa sig? Hur bör de ställa sig? Björn Johnson, Malmö.

Sedan vårdresursplaneringen i varje län upphörde i slutet av 1980-talet finns inte längre krav på basresurser inom varken missbruksvård eller social barn- och ungdomsvård. För att trygga behovet av förebyggande och behandlingsresurser inom både missbruksvård och social barn- och ungdomsvård i offentlig och privat regi behövs statlig, kommunal anslagsfinansiering eller annat ekonomiskt stöd. När det gäller kvinno-behandlingen riskerar den annars att successivt nedmonteras och att resurserna läggs på könsneutral behandling liknande de terapeutiska samhällen som växte fram under 1970-talet. Karin Trulsson, Höör.

Utöver det nämnda är systematisk uppföljning av klienten och de insatser som förmedlas nödvändigt. Väsentligt att missbruksvården i samverkan med forskningen utvecklar modeller för uppföljning av praktiken. Även värdefullt att personal bereds möjligheter att reflektera och dokumentera arbetet. Den kliniska vardagen syftar till att bli kunskapsproducerande och därmed kan en erfarenhetsbaserad praktik utvecklas. Men det finns hitintills inga tecken på att så kommer att bli fallet. Den tilltagande ekonomiseringen tycks vara överordnat arbetet inom socialtjänsten. Personal och klienter kvävs inom de rådande strukturerna. Anders Arnsvik, Sollentuna.

Slutligen en fråga om dubbelmedicinering, alltså LAB-patienter som också medicinerar med CS-preparat för ADHD-problematik. Detta är en ny trend inom LAB-vården på vissa orter, medan det inte alls förekommer på andra orter. Föreskrifter och rekommendationer saknas helt, och forskningen är i sin linda. (Olof Blix har skrivit en artikel om erfarenheter från Jönköping.) Detta är en fråga som kommer att få mer uppmärksamhet, och som eventuellt kan bli kontroversiell. Björn Johnson, Malmö.

7.10 Avslutning

7.10.1 Faktorer som påverkar narkotikamissbruket

Det finns många faktorer som inverkar på den framtida narkotikasituationen. På makroplanet handlar det om den ekonomiska utvecklingen i samhället som påverkar tillgången till arbete, utbildning, bostad och möjlighet att utnyttja en god sjukvård för den enskilde medborgaren. Särskilt viktigt är hur samhällsekonomin påverkar ungdomarna, eftersom det är i ungdomsåren som de flesta debuterar med narkotika.

Det som jag kallar för tidsanda, det vill säga de förhärskande, typiska stämningarna och åsikterna under viss tidsperiod är också något som verkar på makroplanet. Jag har försökt belysa att tidsandan förändras över tid och att vi hittills har haft en utveckling

som kan beskrivas som dialektisk, där hedonistiska perioder övergår i puritanska med mellanperioder som ligger någonstans emellan de båda ytterligheterna.

En tredje faktor på makronivå är tillgången till narkotika. Först och främst styrs den av lagstiftningen. Legala rusmedel är lättillgängliga, illegala är svårare att komma över. Vi har kunnat se genom exemplet med amfetamin att narkotikapreparat kan ha en stor potentiell marknad, men så länge de är illegala avstår en överväldigande majoritet av befolkningen från användning. Om cannabis avkriminaliseras eller legaliseras i Sverige kommer förbrukningen att öka snabbt. Även lagstiftningen i vår omvärld spelar in. Den som är bosatt i Lund tar sig med tåg till Huvudbangården i Köpenhamn på en timme. Dygnet runt förs varor över världens alla gränser med flyg, fartyg, tåg och lastbilar. Tankar och idéer flyttar mellan länderna på någon sekund genom Internet. Med hjälp av Internet underlättas kontakten mellan köpare och säljare av alla typer av varor, legala såväl som illegala.

Den framtida narkotikasituationen hänger som nämnts ovan samman med ungdomars villkor i samhället. Känner de sig delaktiga i skola och arbetsliv eller söker de sig i stället till subkulturer som skriver sina egna lagar? Under ungdomsåren frigör man sig från sina föräldrar. Andra förebilder tar vid, i form av kamrater, men också personer som man enbart känner till genom massmedia blir viktiga. När narkotikan etablerades i västvärlden under andra halvan av 1960-talet hade rockmusiker och filmstjärnor en stor betydelse. De var idoler som gick i täten för nya drogvanor. Kanske är det så att mediaförebilderna bidrar till att etablera en tidsanda eller så "väljer" tidsandan sina mediala förebilder, det vill säga under hedonistiska epoker är det utsvävande artister som hamnar i centrum.

På mikronivå sker förmodligen inga större förändringar över tid när det gäller de enskilda individernas egenskaper. Sannolikt är det i varje årsklass ungefär lika många som har psykiska eller sociala problem eller andra riskfaktorer i bagaget. Med andra ord är antalet individer med en särskild sårbarhet för narkotikamissbruk ungefär lika många. Men, som de tidigare refererade brittiska forskarna (Mc Keganey et al. 2005) framhåller, ännu har inte narkotikan nått fram till alla personer med en särskild sårbarhet. Fortfarande är det stora skillnader mellan kvinnors och män missbruk och mellan personer som lever i storstad och dem i mindre kommuner på landsbygden. Om tillgången på narkotika ökar, om utanförskapet

för unga människor ökar, om tidsandan gynnar en hedonistisk livsstil, om dessutom prevention och vårdinsatser minskas så finns det en stor pool av människor från nya grupper som är tänkbara problematiska narkotikamissbrukare i framtiden.

7.10.2 Prognos missbruksutvecklingen

I Socialstyrelsens senaste bedömning över nivån på problematiskt narkotikamissbruk anges summan 29 500 personer. Den siffran används som bastal för en prognos över den framtida missbruks-situationen, dels 2015, dels 2020.

En ökning av totalantalet är att förvänta av bland annat följande skäl:

1. Befolkningen ökar
2. Äldre generationer med obetydliga narkotikaerfarenheter avlöses av generationer där narkotika används i större utsträckning
3. Ungdomsarbetslösheten är för närvarande mycket hög, en omständighet som traditionellt har inneburit ökad narkotika-användning
4. Andelen kvinnliga narkotikakonsumenter kan förväntas öka, eftersom kvinnors alkoholanvändning ökar, vilket brukar samvariera med större benägenhet att använda narkotika
5. Importen av narkotika underlättas av den ständigt ökande internationella handeln och av möjligheterna till kontakter via Internet
6. Flyttströmmarna till och från Sverige innebär ett ökat inflytande från omvärldens syn på narkotika. I vår omvärld är synen på narkotika genomgående mindre negativ än i Sverige.

Det är sannolikt att förändringar i narkotikaanvändningen kommer att innefatta både ett ökat rekreationellt missbruk och ett ökat problematiskt eller tungt missbruk. Parallellt med nyrekryteringen av personer med tungt missbruk sker också en avgång genom dödsfall, genom att personer lämnar missbruket via behandling och genom så kallade självläkning (Olsson et al 2001). Mer om detta längre fram.

1) *Befolkningsökning*

Enligt SCB finns det 2009 4 827 000 personer som är i åldersgruppen 20–59 år (SCB 2009:2). Om man utgår från siffran 29 500 avseende problematiska narkotikamissbrukare och räknar bort 500 personer som antingen är under tjugo år eller över sextio år blir summan 29 000 personer. Det innebär att 600 av 100 000 personer i denna del av befolkningen har ett problematiskt missbruk, det vill säga 0,6 procent.

Utifrån SCB:s prognos över 2015 blir antal personer i intervallet 20–59 år 4 995 000. Motsvarande befolkningssiffra för 2020 är 4 981 000, det vill säga en liten minskning.

Om andelen problematiska missbrukare är oförändrad står befolkningsökningen för ett litet tillskott. I förhållande till 2015 är det en ökning med 970 personer, men sedan minskar antalet något fram till 2020, vilket innebär en ökning 2009–2020 på 886 personer.

2) *Fler med narkotikaerfarenhet i varje årskohort*

Denna tendens kan komma att innebära en viss ökning fram till 2015 eller 2020. Om man tänker sig att de 29 000 är jämnt fördelade på fyrtio år mellan 20 år och 60 år, så innebär det 725 personer i varje årskohort. På sex år kan detta innebära en maximal ökning på 4 350, på elva år på 7 925. Tillskott inom denna kategori påverkas av dödligheten i gruppen problematiska narkotikamissbrukare. Men tanke på att tillflödet under denna rubrik i stor utsträckning ingår i nästa kategori ”de ungdomsarbetslösa”, räknar jag bort 75 procent av ökningen. Siffrorna blir då 1 087, respektive 1 981.

3) *Ökning som beror på den höga ungdomsarbetslösheten*

Ungdomsarbetslösheten i åldersgruppen 14–24 år var första kvartalet 2009 enligt SCB 24,4 procent för män, 23,9 procent för kvinnor (SCB 2009:1). Totalt var 142 000 registrerade som arbetslösa. Siffrorna kan inte jämföras med tidigare år, eftersom man nu också räknar in heltidsstuderanden som söker arbete på deltid eller heltid. Om dessa räknas bort var totalantalet 89 000. Av SCB:s siffror framgår att ungdomsarbetslösheten var ännu högre 1992–

1997, vilket sammanfaller med den period då narkotikamissbruket enligt Max-undersökningen steg kraftigt (Olsson et al 2001).

Enligt Max-undersökningen var ökningen av det tunga missbruket 2 procent 1979–1992 och 6 procent 1992–1998. Omräknat till absoluta tal innebar det, med korrigeringar för avgångar ur missbrukspopulationen, en årlig ökning med 800 missbrukare under den första perioden och 1 900 personer under den andra. Naturligtvis sammanfaller inte all ökning med arbetslösheten. En del hänger samman med en förändrad tidsanda i samhället, men jag väljer i räkneexemplet att lägga samman dessa båda faktorer och antar att de sammanfaller, det vill säga att en hög ungdomsarbetslöshet sammanfaller med en hedonistisk tidsanda. När nyrekryteringen beräknas framöver är utgångspunkten ett högre bastal än vad som gällde 1992. Det innebär att jag räknar med en årlig ökning på i genomsnitt 2000 personer inom denna kategori.

4) Ökning som beror på att fler kvinnor missbrukar narkotika

Kvinnors andel av problematiskt narkotikamissbruk har varit i stort sett oförändrad mellan 1979–1998 (Olsson et al 2001). Finns det någon anledning att tro att den kommer att förändras de närmaste tio–femton åren? På alkoholsidan har kvinnors konsumtion ökat sedan 1970-talet, även om ökningen inte har varit dramatisk (CAN 2009).

I dagsläget är ungefär 25 procent av de problematiska missbrukarna kvinnor, dvs. ca 7 400. Jag angav tidigare att ungefär 0,6 procent av den vuxna befolkningen har ett problematiskt missbruk, vilket följaktligen fördelat på könen innebära 0,9 procent av männen, 0,3 procent av kvinnorna.

Om det inträffar en tio procentig ökning av antalet kvinnor med problematiskt missbruk fram till 2015 skulle det innebära en ökning med 740 personer. Om ökningen sedan fortsätter i samma takt de följande fem åren fram till 2020 blir ökningen ytterligare 336 personer, dvs. fortfarande låga tal.

För att totalantalet missbrukare ska öka på grund av att en högre andel av varje årsklass kvinnor blir missbrukare krävs rejäla procentuella förändringar, eftersom kvinnor ligger på så låg nivå från början.

5) *Ökning som har samband med lättillgänglig import och ökat inflytande från omvärlden*

Det inflytande som omvärlden kan tänkas ha på svenskt narkotikamissbruk är närmast omöjligt att beräkna. Jag väljer antagandet att den ökning som kan komma av omvärldsfaktorer täcks upp av övriga uppräknings.

6) *Reduktion av ökningen genom dödsfall, behandling och självläkning*

I sin beräkning av det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998 diskuterar forskarna Börje Olsson, Caroline Adamsson Wahren och Siv Byqvist (Olsson et al 2001) den dämpning av ökningen som sker genom dödsfall, framgångsrik behandling och självläkning. De beräknar den årliga dödligheten till i genomsnitt 1,25 procent och med att fler heroinmissbrukare får underhållsbehandling kan det vara rimligt att sänka dödligheten till 1 procent. De som slutar genom behandling beräknas till 2 procent och de som slutar på egen hand ungefär lika många. Totalt skulle med andra ord avgången vara 5 procent varje år. Det innebär om bastalet är 30 000 sammanlagt 1 500 personer per år. Under en sexårsperiod är det totalt 9 000 personer.

Sammanfattning av beräkningarna

Utgångspunkten i prognosen är att det finns 29 500 problematiska narkotikamissbrukare 2009.

Orsak till ökning/	År 2015	År 2020
Befolkningsökningen	970	886
Nya befolkningskohorter med narkotikaerfarenhet	1 097	1 981
Ungdomsarbetslöshet och tidsanda	12 000	22 000
Förändringar i kvinnors konsumtion	740	1 076
Total nyrekrytering	14 807	25 943
Avgång pga dödsfall, behandling och självläkning	9 000	15 000
Totalsumma	35 307	46 270

Som framgår är den avgörande faktorn, när det gäller den förväntade ökningen, om vi i en nära framtid kommer att få en

motsvarande dramatisk stegring av missbruket som vi hade under de värsta arbetslöshetsåren på 1990-talet.

När det gäller det rekreationella missbruket avstår jag från att försöka beräkna det, eftersom det inte finns något bastal att utgå ifrån. En rimlig bedömning är att det kommer att öka i ungefär samma utsträckning som det problematiska narkotikamissbruket.

7.10.3 Åtgärder för att dämpa ökningstakten

Finns det något som kan göras för att minimera ökningstakten? Här får samhället förlita sig på narkotikapolitikens tre ben, precis som tidigare. Det handlar om *kontroll*, dvs. insatser från tull och polis för att minska tillgången till narkotika. Både *prevention* och *vård* kan inkluderas i begreppen primär, sekundär och tertiär prevention.

När det gäller primärprevention är åtgärder för att minska ungdomsarbetslösheten centrala. Om den kan nedbringas minskar tillflödet till problematisk narkotikaanvändning. Likaså är åtgärder som förbättrar ungdomars generella livsvillkor (skola, bostad, fritid, familj) och deras hälsosituation viktiga. Slutligen är balanserad och vetenskapligt baserad information viktig så att ungdomar har kunskaper om de risker som narkotikaanvändning innebär.

Sekundär prevention handlar om insatser för särskilt sårbara grupper, så kallade riskgrupper. Här är ungdomar som har svårigheter i skolan en viktig grupp liksom ungdomar som har svårt att komma in på arbetsmarknaden. En grupp som man har börjat uppmärksamma inom LVU- och LVM-vården är personer med svag teoretisk begåvning, men som inte kategoriseras som begåvningshandikappade. Det är en grupp som har fått allt svårare att finna en plats på arbetsmarknaden i nutidens högteknologiska samhälle. Numera finns det inga drängjobb för Alfred i Lönneberga! Personer som växer upp i missbruksfamiljer löper en förhöjd risk att själva bli missbrukare, liksom personer som har blivit utsatta för sexuella övergrepp och andra typer av våld. Det är angeläget med riktade åtgärder även för dessa grupper.

Tertiär prevention innebär insatser för personer som redan är inne i det problembeteende som preventionen ska förebygga, med andra ord personer som är problematiska narkotikaanvändare. Kraftiga satsningar på vård leder till att fler människor lämnar missbruket och att färre dras in i nytt missbruk, eftersom aktiva

missbrukare ofta är involverade i narkotikahandel och därmed bidrar till spridning av missbruket. Personer som har lämnat ett tungt narkotikamissbruk fungerar ofta som goda förebilder när det gäller att avstå från narkotikaanvändning.

Enkät svar via e-post från följande experter:

Stefan Ahnlund, Enköping
Magnus Andersson, Malmö
Anders Arnsvik, Sollentuna
Christel Blondin, Väckelsång
Jimmy Blondin, Väckelsång
Victor Estby, Stockholm
Agneta Forsberg, Trelleborg
Arne Gerdner, Östersund
Ted Goldberg, Stockholm
Björn Johnson, Malmö
Thomas Karlström, Malmö
Arne Kristiansen, Lund
Leili Laanemets, Malmö
Juoko Lindgren, Stockholm
Thomas Lundqvist, Lund
Åsa Magnusson, Stockholm
Alf Midholm, Göteborg (i samråd med Ove Lundgren)
Jimmy Pettersson, Malmö
Anna von Reis och Annica Henriksson, Lund
Anette Skårner, Göteborg
Ulla Spång, Skellefteå
Karin Trulsson, Höör

(Experterna har i flera fall diskuterat frågeställningarna med andra experter i sin närhet.)

Referenser

- Andersen D. & Järvinen, M. (2009) Skadesreduktion i praksis. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for velfærd.
- Andersson, B. m.fl. (2007) Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students. Data from the ESPAD Project. Stockholm: CAN/ESPAD
- Bretteville-Jensen, AL (2002) Understanding the Demand for Illicit Drugs. Bergen: University of Bergen, Departement of Economics.
- Davenport-Hines, R. (2002) The Pursuit of Oblivion. A Social History of Drugs. London: Phoenix Press.
- Byqvist, S. (2007), Missbruksmönster hos narkotikamissbrukare i Sverige. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- CAN 2009. Drogutvecklingen i Sverige (2009), CAN. CAN Rapport 17: Stockholm CAN
- CRD (2008) Tendenser andra halvåret 2008) Early Warning System. Stockholm: CAN
- Ekbom, T, Engström, G, Göransson, B (2006), Människan, brottet, följderna. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ege, P. (2004) Stofmisbrug og afhaengighed. Köpenhamn: Hans Reitzels forlag.
- EMCDDA (2009)
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>
- Fender, E, Irlander, Å, Gripe, I, Guttormsen, U, Hibell, B. (2008) Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1998-2007. Stockholm: CAN Rapport 112
- Fries, B. (2007) Den nationella narkotikapolitiska samordnarens slutrapport för verksamheten 2002–2007. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Goldberg, L. (1968) Drug abuse in Sweden. Bulletin on Narcotics 1.
- Goldberg, T. (1971) Haschare. Stockholm: Aldus.
- Goldberg, T. (2005). Samhället i narkotikan. Solna: Academic Publishing of Sweden.
- Guttormsen, U. (2010) Narkotikatillgängligheten i Sverige 1988–2009. En analys av priser och beslag. Stockholm: CAN Rapport 121

- Hibell, B. m.fl. (2009) The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN/ESPAD.
- Håkansson, A (2009) Overdoses, Suicidal Behaviour and Clinical Characteristics in Heavy Drug Users: Studies in The Criminal Justice System. Lund: Clinical Alcohol Research. Lund University.
- Johnson, B. (2005): Metadon på liv och död. Lund: Studentlitteratur.
- Klee, H. (1997) Amphetamin Misuse. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Korf, D. (1995) Dutch Treat. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Kriminalvården (2009) Lägesrapport och förslag till inriktning och prioriteringar på alkohol-, narkotika-, dopnings och tobaksområdena.
<http://www.kriminalvarden.se/sv/Medier/Nyheter/Samlat-grepp-kring-ANDT-fragor/>
- Käll, K (1997) Amphetamine Abuse in Sweden. In *Amphetamine Misuse*, Hilary Klee (ed). Amsterdam: Harwood Academic Publishers
- Käll, K (2009) Sweden's long experience of amphetamine problems. In Pates R, Riley D (eds), *Interventions for Amphetamine Misuse*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Lalander, P. (1998) Anden i flaskan. Stehag: Symposium.
- Lalander, P. (2001) Hela världen är min, Lund: Studentlitteratur.
- Lalander, P. (2009) Respekt – gatukultur, ny etnicitet och droger. Malmö: Liber.
- Lalander, P, Svensson, B, (2002), Ungdomar, normer och alkoholprevention, i Andréasson, S, (red) Den svenska supen i det nya Europa, (Folkhälsoinstitutet).
- Lenke, L, Olsson, B. (2002) Swedish Drug Policy in the Twenty-First Century: A Policy Model Going Astray. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 582, Cross-National Drug Policy (Jul., 2002), pp. 64–79 Published by: Sage Publications.
- McKeganey, N, Neale, J, Lloyd, C, Hay, G. 2005. *Sociology and Substance Use*. Foresight Brain Science, Addiction and Drugs Project.

- [http://www.foresight.gov.uk/OurWork/CompletedProjects/Brain Science/KeyInfo/Outputs.asp](http://www.foresight.gov.uk/OurWork/CompletedProjects/BrainScience/KeyInfo/Outputs.asp)
- Olsson B, Adamsson Wahren C and Byqvist S (2001). Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX Project, Sup-report 3. Report series no. 61. Stockholm: CAN
- Olsson, B (2005) Personlig kommunikation.
- Parker, H, Bakx, K, Newcombe, R. (1988) Living with Heroin. Milton Keynes: Open University Press.
- Pates, R, Riley, D (2009) Interventions for Amphetamine Misuse. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Pedersen, W. (1998): Bittersøtt. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rasmussen, N. (2008) On Speed. New York: New York University Press.
- Richert, T, (2007), Unga missbrukare i Stockholm, Göteborg och Malmö – En deskriptiv och jämförande studie av sex öppenvårdsmottagningar och deras besökare. Stockholm: MOB
- Rikskriminalpolisen RKP (2007) Den illegala drogsituationen i Sverige 2007, Swedish National Criminal Police, CID Unit, Intelligence Section, NCP Report 2007:7.
- SCB 2009, Pressmeddelande Nr 2009:275
http://www.scb.se/Pages/Product_23262.aspx?produktkod=A M0401&displaypressrelease=true&pressreleaseid=280999
- Sjölander, J, Svensson, B, (2008) Svenska hemlösa och missbrukare i Köpenhamn, Stockholm: Mobilisering mot Narkotika.
- Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU 2000:126 (2000). Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen. Slutrapport från Narkotikakommissionen. Stockholm: Fritzes.
- Narkotikameldingen (1997) Stortingsmelding nr 16 (1996–97): Narkotikapolitikken, Oslo: Sosial- og helsedepartement.
- Sundelin, A (1987) När knarket kom till stan. Stockholm: Ordfront.
- Svensson, B. (2007) Pundare, jonkare och andra, 3 uppl, Stockholm: Carlssons.

- Svensson B and Kristiansen A (2004). "Byråkrati och narkomani går inte ihop..." Livsvillkor och vårderfarenheter hos kvinnor och män som använder narkotika. Stockholm: Mobilisering mot narkotika..
- Svensson, B, Svensson, J & Tops, D, (1998), Att komma för sent så tidigt som möjligt, Om prevention, ungdomskultur och narkotika. NAD-publikation 34/1998.
- Svensson, D (2009) Personlig kommunikation.
- Svensson, J, Svensson, B. (2005) Speed – om svenska ungdomars erfarenhet av narkotika utomlands. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Wikipedia. <http://sv.wikipedia.org/wiki/>.
- Zinberg, N. (1984): Drug, Set and Setting-The Basis for Controlled Intoxicant Use, New Haven and London, Yale University Press.

8 Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom

Agneta Öjebagen, professor, Lunds universitet

Sammanfattning

Personer med missbruk eller beroende har en klart ökad risk att under livet också få andra psykiatriska diagnoser, vilket kräver handläggning för båda problemen enligt många internationella studier. Här har studier från Sverige, Norge och Danmark sammanställts, vilka bekräftar samma höga förekomst som i länder utanför Norden. Detta medför att socialtjänsten och hälso- och sjukvården måste bli bättre på att identifiera samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och andra psykiska sjukdomar. Sjukvården måste medverka till att adekvat bedömning och behandling kommer till stånd för att undvika försämring av tillstånden. Det skall uppmärksammas att risken för självmordsförsök och självmord är hög i denna grupp.

8.1 Inledning

Sedan länge föreligger stora och välkända problem för såväl socialtjänst som sjukvård vad gäller handläggningen av personer med samsjuklighet mellan missbruk/beroende och psykisk sjukdom/personlighetsstörning. Både inom missbruksvården och inom sjukvården är det angeläget att samsjuklighet identifieras, utreds och behandlas adekvat. För att rätt kunna dimensionera vård och behandling behövs kunskap om *hur vanligt* förekommande samsjuklighet är. Det finns god kunskap om detta från internationella studier utanför Norden. Det är givetvis också av intresse att känna till förekomsten av samsjuklighet i Sverige och närliggande länder med liknande alkohol-, och droggkultur, vanor och delvis lagstiftning, varför denna kartläggning genomförts.

Uppgifter om förekomsten av samsjuklighet mellan psykisk sjukdom/personlighetsstörning och missbruk/beroende av alkohol och narkotika finns från studier som gjorts i *befolkningen* (där ingår även personer som inte är aktuella i vården) och i *kliniska populationer* (personer aktuella i vården). Data finns dels som *livstidsprevalens*, dvs. andelen av personer med missbruk/beroende som någon gång i livet också får en psykisk sjukdom/personlighetsstörning och vice versa, dels som *12-månaders prevalens eller som aktuell prevalens*. Studier om livstidsprevalens är vanligast. I denna redovisning berörs först i korthet internationella siffror och därefter presenteras uppgifter från Danmark, Norge och Sverige.

Uppgifter har inhämtats från fil. dr Anne Landheim, som gjort en sammanställning inför Norska riktlinjer om samsjuklighet (2009), dr i medicinsk vetenskap Kerstin Damström-Thakker (PART-studien Stockholms län), professor Arne Gerdner (LVM-vård) och fil. dr Birgitte Thylstrup (avhandling Köpenhamn 2009) samt litteratursökningar. Citerade internationella studier har använt strukturerad diagnostik, vilket ger säkrare uppgifter än sedvanlig bedömning i praktiken. Strukturerad diagnostik har tyvärr inte alltid använts i de skandinaviska studierna.

8.2 Studier utanför Norden

Det är väl belagt i internationella *befolkningsstudier* att personer, som någon gång i livet utvecklar ett missbruk/beroende (skadligt bruk eller beroende enligt ICD alternativt missbruk, "abuse" eller beroende enligt DSM-systemet) har en 3–9 gånger ökad risk att någon gång under livet också drabbas av en psykisk sjukdom jämfört med personer som inte har missbruk/beroende. Det är också väl dokumenterat att personer med psykisk sjukdom/personlighetsstörning har en klart förhöjd risk att drabbas av missbruk/beroende under livet, med högst risk hos dem med svår psykisk sjukdom; schizofreni, bipolär sjukdom, där upp till 50 procent drabbas. Här skall också framhållas att samsjuklighet innebär ökad risk för suicidförsök och suicid.

Den största befolkningsstudien som genomförts har undersökt *12-månadersprevalensen* av 43 035 personer i USA, The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, NESARC (Grant et al., 2004 a, b). Denna genomfördes med DSM-IV-metodik med krav att personen inte får vara i ett abstinens-tillstånd vid bedömningen. Man undersökte ångest, depression samt personlighetsstörningar hos personer med missbruk/beroende av alkohol och narkotika samt vice versa. För hela populationen fann man en fördubblad riskökning för depression och ångest hos dem med samtidigt missbruk/beroende av alkohol, narkotika jämfört med dem utan missbruk/beroende (depression 20 procent jmf. 8 procent och ångest 18 procent jmf. 10 procent). I en analys av alkoholmissbruk respektive alkoholberoende fann man att samsjuklighet var vanligast hos dem med beroendediagnos (Hasin et al., 2007) I materialet har man också analyserat dem som är i behandling, vilket presenteras under kliniska populationer.

I sex europeiska länder (Belgien, Frankrike, Tyskland, Italien, Holland och Spanien) genomfördes *en stor befolkningsstudie genom ett representativt urval med 21 425 intervjuer av 12-månadersprevalens* av psykiska sjukdomar och alkoholmissbruk/beroende (2001–2003). Narkotikamissbruk ingick inte. Man använde en strukturerad diagnostisk intervju, CIDI (Composite International Diagnostic Interview), som identifierar olika diagnoser i en kombination av diagnossystemen ICD och DSM. Man fann inga skillnader länderna emellan. Studien visar att förekomsten av psykisk sjukdom var högre hos personer med *alkoholberoende* än bland dem med *alkoholmissbruk*, 27,7 procent jmf. 20,8 procent, dvs.

samma resultat som tidigare nämnd NESARC-studie. Man fann höga odds för flertalet ångest- och depressionssjukdomar vid alkoholberoende, högst för generaliserad ångest, GAD (OR 11,2, 95 procent CI 3,8–32,9) och agorafobi (OR 10,7, CI 3,0–38,5) (Alonso et al., 2004).

Två *befolkningsstudier*, NCS-R (Lenzenweger et al., 2007) och NESARC (Grant et al 2004 b) fann högre förekomst av *personlighetsstörningar* bland dem med narkotikamissbruk/beroende än hos dem med missbruk/beroende av alkohol. Grant redovisar högre förekomst bland dem med beroende än dem med missbruk, både av narkotika (69,5 procent vs. 38 procent) och alkohol (39,5 procent vs. 19,8 procent).

I *kliniska populationer* är *livstidsprevalensen* för *psykiska sjukdomar* vanligare än i befolkningsstudier, eftersom personer med samsjuklighet är mer benägna att söka behandling (Berkson's fallacy). I studier gjorda med strukturerad diagnostisk intervju har 41–81 procent av personerna med alkoholproblem och 51–73 procent av personerna med narkotikamissbruk en psykisk sjukdom (översikt Anne Landheims avhandling 2007). I mer än hälften av studierna är prevalensen 70 procent eller högre. Hon fann *högst livstidsprevalens* för ångest (8–44 procent, median 38 procent), följt av depression (16–44 procent, median 30 procent). Bland ångesttillstånden är specifika fobier, social fobi och agorafobi vanliga. De flesta studierna har undersökt ångest och depression (Hall et al., 2007). Aktuell psykossjukdom är mindre undersökt i missbrukspopulationer, där man funnit att 0,1–11 procent har en livstidsprevalens för schizofreni. Personer med psykossjukdomar är huvudsakligen aktuella inom den psykiatriska vården, och där det är väl känt att missbruk/beroende är vanligt.

I den tidigare nämnda NESARC-studien (Grant et al., 2004 a) fann man hos dem som *sökt behandling* för sitt *missbruk/beroende* 12-månadersprevalens av *oberoende depression/ångest* (4 veckors nykterhet innan man bedömt den psykiska ohälsan).

Tabell 1 Samsjuklighet NESARC-studien

	Missbruk eller beroende	
	alkohol	narkotika
<i>Oberoende:</i>		
- depressionssjukdom	41 %	60 %
- ångestsjukdom	33 %	43 %
- personlighetsstörning	28 %	48 %

Hos dem som sökt *behandling för depression* hade 21 procent missbruk/beroende och hos dem som sökt *för ångest* hade 17 procent ett missbruk/beroende.

Förekomsten av *personlighetsstörningar* bland missbrukare skiljer sig inte mellan *befolknings- och kliniska studier*, vanligast är anti-social och paranoid personlighetsstörning (översikter Verheul 1995, 2001). Borderline, instabil personlighetsstörning är dock vanligare i kliniska populationer, då personer med detta tillstånd söker behandling i större utsträckning.

Självordsrisk. Beroende av alkohol/droger, liksom andra psykiatriska diagnoser innebär var för sig ökad risk för självmordsförsök och självmord. Hos alkoholberoende personer som tagit sitt liv är samtidig depression vanlig, upp till 75 procent (Sher, 2006 och Schneider, 2009). Ett självmordsförsök är den starkaste riskfaktorn för självmord. Landheim fann en förekomst av självmordsförsök hos i genomsnitt (median) 30 procent (17-64 procent) bland dem med alkoholproblem och (median) 39 procent (19-47 procent) vid narkotikamissbruk.

Sammantaget visar studier i befolkning och klinik utanför Norden;

- att personer med missbruk/beroende har en klart förhöjd risk för psykisk sjukdom/personlighetsstörning och tvärtom,
- att förekomsten av psykiatriska tillstånd är högre vid svårare missbruk (beroende versus missbruk),
- att personer med narkotikamissbruk/beroende oftast har högre förekomst av såväl psykiska sjukdomar som personlighetsstörningar än personer med alkoholmissbruk, beroende.
- att kvinnor oftare har psykiska sjukdomar än män.

8.3 Förekomst i befolkning och i kliniska verksamheter i Norden

I en studie från Island fann Tómasson & Vaglum (1995) i ett representativt sampel av patienter som *sökt behandling för alkoholproblem*, att 76 procent (74 procent av männen och 82 procent av kvinnorna) hade en livstidsprevalens av psykiska sjukdomar (inkl. antisocial personlighetsstörning), högst för ångest 65 procent, följt av depression 33 procent och antisocial personlighetsstörning 28 procent. Prevalensen var högre hos dem som också hade annan drogdiagnos.

I Norge, Danmark och Sverige har få studier genomförts om förekomsten av psykiska sjukdomar/personlighetsstörningar hos personer med missbruk/beroende.

Tabell 2 Livstidsprevalens för psykiatriska tillstånd i missbrukspopulationer

Källa	Population	Antal	Diagnos	Frekvens
Sverige Dalmau et al. 1999 (population insamlad över 15 år)	Inlagda för behandling cannabis, amfetamin, opiat	461 425 371	ICD eller annan klinisk diagnostik	Psykisk sjukdom 30 % 30 % 6 %
Hodgins et al. 2007	Ungdom i missbruks- behandling	97 fl 81 p	SCID eller K-SADs	Psykisk sjukdom 90 % fl 81 % p
Sallmén et al. 1996	LVM-behandling	104	SCID strukturerad diagnostik	Psykisk sjukdom Livstids-prev. 66 % <i>aktuell prev. 61 %</i>
Gerdner 2004 Översikt (6 rapporter mitten 1990-talet till LVM utredningen)	LVM-vård	544	SCID strukturerad diagnostik	Livstids-prevalens - psykisk sjukdom 52– 82 % personl. störning 38–76 %
PART-studien (2001)	<i>Befolkn.stud</i> Missbruk: Ber alkohol:	96 m 47 kv	SCAN2.1 strukturerad diagnostik	<i>Aktuell psyk.diag</i> M: 20 %, Kv 30 % M: 33 %, Kv 20 %
Danmark Nordholm & Nielsen 2007	Poliklin.beh 87 % Alk.beroende)	363	ICD-10 klinisk diagnos	Personl. störning 34 %

Arendt et al. 2007	Cannabisbeh. jmf. med repr. urval befolkning	3 114 vs. 15 570	Sedvanlig klinisk diagnos	Vid uppf. psykiatr. beh. hos 40,7 % vs 5,2 %
Nielsen, et al. 2007	Inlagda missbruk	108	MCMI-II	Personl. störning 66 %
Norge ROP-undersökn. Landheim et al. 2002	Missbruksbehandling	260	CIDI strukturerad diagnos	Livstids-prevalens agorafobi 48 %, social fobi 47 %, depr. 44 %
Ravndal 1994	Inlagda narkotika-missbrukare	-	MCMI	Personl. störning 96 %
SIRUS – Kostnyttasundersökning Mellberg et al. 2003	Narkotika-missbrukare (20 behand-lingar)	482 (1998, 1999)	MCMI-II SCL-25 (bedömda 3ggr)	Personl. störning 75 % Symtom depr., ångest, s-tankar 60 %
SINTEF-Helse Gråwe 2006	Olika missbruks-behandlingar	3 330	Diagnos (sedvanlig)	75 % ej bedömda Av bed.har 7 % psyk. diagnos

I linje med studier utanför Norden, finner vi i *kliniska populationer* höga frekvenser av samsjuklighet (livstids- och aktuell prevalens), högre bland dem med narkotika- än hos dem med alkoholdiagnos. Befolkningsstudien (PART) visar högre förekomst vid beroende hos män och missbruk hos kvinnor.

Tabell 3 Studier missbruk/beroende – personer med psykiatrisk diagnos

Källa	Typ material	Antal	Diagnos	Frekvens
Sverige PART-studien (2001)	Befolkn.stud Missbruk Beroende	87 m 172 kv	SCAN 2.1	Aktuell drogdiagnos Män: 8 %, Kv: 4 % Män: 23 %, Kv: 2 %
Cantor-Graae (2001)	Schizofreni i behandling Malmö	42	SCID	Missbruk/ber Livstids-prev. 48 % Aktuell prev. 15 %
Danmark Hansen (2000)	Tolv Psykiatriska vårdavdelningar	-	PSE – intervjuer Strukturerad diagnostik	Nark.miss-bruk/ber. 24,7 % Alk.missb./ber. 25,3 % någondera 37 %
Norge Hagen 1994 Vaaler 2006 Oydna 2006	Akutupsykiatri	-	Sedvanlig diagnos	Missbruk/ beroende 20–47 %

Gråwe 1996 Hagen 1994 Larsen 2006	Psykos	-	Sedvanlig diagnos	Missbruk/ beroende 14–33 %
Helseth 2004	Inlagda misstanke psykos	65	EuroASI ej diagnos	Månad före anv.alkohol, legala/ illegala droger 54 %
Lilleeng 2007	Psykiatriska verksamheter 2003–2004	-	Sedvanlig	Missbruk/ber Poliklin: 25 % Inlagd: 26 %

I studierna som utgår från psykiatriska populationer ses höga prevalenser av missbruk, beroende, 20–50 procent, vilket är i linjer med internationella studier.

I de studier som identifierats kan konstateras att frekvenserna i Norden varierar liksom i de först nämnda internationella studierna. Dessa skillnader kan bero på flera faktorer; att man använt olika sätt att diagnosticera, olika kartläggningsmetoder, hur kartläggningen genomförts, vilken population som undersökts (t ex. öppen vård, institution) och urvalets demografiska sammansättning. Diagnosen skall ha ställts med strukturerad diagnostik. En mycket viktig faktor som påverkar frekvensen psykiatriska tillstånd är om personen är i aktivt missbruk. Därför har betonats att det är centralt att klargöra om det psykiska tillståndet kan bero på pågående missbruk eller om det kvarstår efter en tid av avhållsamhet. I DSM-IV är kriterierna för självständig eller ”oberoende psykisk sjukdom” att 1) de psykiska symtomen/ sjukdomen finns innan missbruket debuterat eller 2) att symtomen kvarstår fyra veckor efter alkoholbruk eller abstinens. En del studier har osäkert kontrollerat för denna faktor. En senare översikt av studier av depression och samtidigt alkohol- och drogmissbruk talar för möjlighet att behandla med antidepressiva efter en veckas abstinens (Davis et al., 2008).

För att närmare illustrera förekomsten följer en presentation av en studie, som gjorts i Norge, och som belyser några centrala aspekter. Anne Landheim genomförde 1997–1998 en kartläggning av förekomst av psykiska sjukdomar bland personer aktuella inom missbruksvården i Norge (Landheim et al., 2002). Hon använde en datorbaserad strukturerad intervjuversion av CIDI, som ofta använts i prevalensstudier. Samtidigt bedömdes personlighetsstörningar enligt självskattning med MCMI-I. Studien genomfördes vid sex institutioner och tre polikliniker inom missbruksvården i Hedmark och Uppland (n=287). Studien inklu-

derade också sociodemografiska uppgifter samt självmordsförsök någon gång i livet. En uppföljning genomfördes efter sex år.

Tabell 4 Landheims kartläggning

I Resultat – 12-månadersprevalens i sammanfattning:	
* <i>Alla</i> : psykiska sjukdomar var vanligare än personlighetsstörningar: (ångest 78 procent, depressioner 60 procent)	85 % vs 72 %
* <i>Narkotikaberoende > alkoholberoende</i> : psykiska sjukdomar: (särskilt social fobi, PTSD)	91 % vs 82 %
* <i>Narkotikaberoende > alkoholberoende</i> : personlighetsstörning: (vanligast antisocial, passivt aggressiv, borderline störningar)	79 % vs 66 %
* <i>Kvinnor > män</i> : psykiska sjukdomar: (vanligast depression, specifik fobi, PTSD, ätstörningar)	96 % vs 82 %
II Resultat – livstidsprevalens	
* <i>Livstidsprevalens för allvarlig psykisk sjukdom</i> : (schizofreni, bipolär, allvarlig depression eller ångest, cluster A)	71 %
* <i>Tidigare fått behandling i psykiatri</i> (högre andel bland dem med allvarlig psykisk sjukdom; 83 vs 62 %) (narkotikaberoende oftare, kvinnor oftare än män)	41 %
* <i>Behandlad i psykiatri jämfört med övriga</i> : längre missbruk, yngre debut, högre utbildning, oftare psykiska sjukdomar.	
* <i>Patienter med tidigare behandling i psykiatri</i> (hänsyn ålder, kön, typ, start, längd missbruk): multivariat analys för allvarlig psykisk sjukdom OR 2.6	
III Resultat – tidigare självmordsförsök	
* <i>Tidigare självmordsförsök (en eller flera ggr)</i> (narkotikaberoende > alkoholberoende, kvinnor > män)	47 %
* <i>Missbruksfaktorer relaterade till självmordsförsök</i> : (längre i missbruk > 15 år och tidigare start < 18 år)	
* <i>Psykiska sjukdomar relaterade till självmordsförsök</i> : (ätstörningar, agorafobi, depression)	
IV Resultat – 6 årsuppföljning	
* <i>Efter 6 år har 33 av 287 patienter avlidit</i> : (högst dödlighet bland alkoholproblem)	11 %
* <i>Vid 6 årsuppföljningen (n=160) aktuellt missbruk (AUDIT)</i>	70 %

En multivariat analys, där man undersöker olika faktorerers samband med missbruk vid 6-årsuppföljningen, visar att såväl tidig missbruksstart som depression under livet var för sig var relaterade till ”missbruk” efter 6 år.

In Landheims studie finner vi höga 12-månadersfrekvenser av att ha någon *psykiatrisk diagnos*. Ser man till enskilda diagnoser är förekomsten i linje med andra studier, t.ex. har 60 procent en depressionsdiagnos. Det skall noteras att personerna i undersökningen hade missbrukat i 15 år eller mer och ju längre missbruk och ju tidigare debut, desto större risk för psykiska sjukdomar. Förekomsten av psykisk sjukdom är mer än dubbelt så hög (särskilt ångest) i denna missbrukspopulation jämfört med vad man funnit i befolkningsstudier i Norge (n=2066), som också använt CIDI (Kringlen 2001, 2006).

5-års uppföljningen av psykiatireformens samverkansprojekt kring personer med beroende, missbruk och svår psykisk sjukdom (psykos, svår depression m.fl. diagnoser av motsvarande svårighetsgrad) fann att 9 procent avlidit (8 ggr ökad risk jämfört med befolkningen, SMR), vanligast var missbruksrelaterad död. Förbättringar hade skett, hälften hade ej missbruk senaste halvåret, men flertalet hade kvarstående hjälpbehov (Öjehagen & Schaar, 2004).

8.4 Sammanfattning

Av denna genomgång framkommer att det sammantaget finns få studier från Sverige, Norge och Danmark av den storlek och kvalitet som bör krävas för uppgifter om samsjuklighet. De studier som finns bekräftar hög livstidsförekomst, vilket innebär att man inom missbruksvården möter klienter, som också har en psykisk sjukdom och inom psykiatri patienter som med stor sannolikhet därtill också ett missbruk/beroende. Siffrorna är i överensstämmelse med internationella studier utanför Norden, varför det är möjligt att hänvisa till sådana studier. Vidare kräver den ökade självmordsrisken psykiatrisk handläggning i samverkan.

De siffror som finns om personer som söker för missbruk/beroende visar att cirka 30–50 procent eller mer också har livstids- eller aktuell prevalens för psykisk sjukdom, vilken behöver identifieras, bedömas och behandlas av psykiatriskt kunniga personer. Det är nödvändigt att klienter med misstänkt psykisk sjukdom inom socialtjänstens missbruksvård bedöms med strukturerad diagnostik, i enlighet med de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården, vilket också framhålls i internationell litteratur (Tiet et al., 2007). Tar man utgångspunkt i personer som

söker vård för psykisk ohälsa, finner vi att *cirka 20–30 procent samtidigt har ett missbruks/beroendetillstånd*, vilket kräver kompetens i att handlägga och behandla detta. Förutom behandling för beroende och psykisk sjukdom kan behov av psykosociala insatser för andra problem föreligga, som kräver social och annan kompetens, vilket dock inte gäller alla samsjukliga patienter/ klienter.

Referenser

- Alonso, J, Angermeyer, M, Bernert S, et al. (2004). 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe, results from the European Study on of the epidemiology of Mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psych Scand* , 109 (420, suppl), 28–37.
- Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P. (2007). Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* Mar; 32 (2), 113-9.
- Dalmau, A, Bergman, B, Brismar, B (1999). Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates. Do dopaminergic stimulants facilitate psychiatric illness? *Eur Psychiatry* Nov; 14 (7), 366-71.
- Davis, L, Uezato, A, Newell, J, Frazier, E (2008) Major depression and comorbid substance use disorders. *Current Psychiatry*, 21, 14-18.
- Grant, B, Stinson, F, Dawson, D, et al. (2004 a). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 61, , 807- 816.
- Grant, B, Stinson F, Dawson, D, et al. (2004 b) Co-occurrence of 12 month alcohol and drug use disorders and personality disorders in United States: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61, 362–368.
- Gråwe RW. & Ruud T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. STF78 A06003. Oslo: SINTEF Helse.
- Hall W, Degenhardt, L, Teesson, M. (2009). Understanding the comorbidity between substance abuse, anxiety and affective

- disorders: broadening the research base. *Addictive behaviors* 34, 526-530.
- Hansen S. P, Munk-Jorgensen, B, Guldbaek, et al. (2000). Psychoactive substance use disorders among psychiatric inpatients. *Acta Psych Scand*, 102, 432-438.
- Hasin, D S., et al. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 64 (7), 830-842.
- Helseth, V, Lykke-Enger T, Aamo TO et al. (2005). Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17-40 år innlagt med psykose. *Tidsskr. Nor. Lægeforen.* 125, 1178-80.
- Hodgins, S. et al. (2007). Consulting for Substance Abuse: mental disorders among adolescents and their parents. *Nord J Psychiatry*, 61 (5), 379-86.
- Kringlen, E, Torgersen, S, Cramer, V . et al. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Kringeln, E, Torgersen, S, Cramer, V . (2006). Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* , 467, 713-19.
- Landheim, A, Bakken, K, Vaglum, P. (2002). Sammansatte problemer og separate systemer. psykiske lidelser bland rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk epidemiologi* , 12 (3), 309-318.
- Landheim, S. (2007). Psykiske lidelsere hos pasienter i russektoren: Forekomst og relasjon til langtidsforløpet av rusmisbruket. En tverrsnittsstudie og en prospektiv studie i to fylker. Avhandling medisinska fakulteten i Oslo.
- Lenzenweger, M, Lane M, Loranger A, Kessler K. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication *Biological Psychiatry*, Volume 62, 6, Melberg, H O, Lauritzen, G, & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling.* (SIRUS rapport nr. 4).
- Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.

- Nielsen P, Røjskjær S, Hesse M. (2007). Personality-Guided Treatment for Alcohol Dependence: A Quasi-Randomized Experiment. *The American Journal on Addictions*, 16, 357–364.
- Nordholm D, Nielsen B (2007). Personality disorders among Danish alcoholics attending outpatient treatment. *European Addiction Research*, Sep 13 (4), 222-9.
- Ravndal, E & Vaglum, P. (1994). Treatment of female addicts: The importance of relationship to parents, partners and peers for outcome. *The International Journal of the Addictions*, 29, 115–125.
- Sallmén B, Nilsson L-H, Berglund M (1997). Psychiatric comorbidity in alcoholics treated at an institution with both coerced and voluntary admission. *Journal of Associated European Psychiatrists* 12, 329–334.
- Schneider B. (2009). Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. *Archives of Suicide research*, 13, 303-316.
- Sher L. (2005). Clinical Overview Article Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 113 Issue 1, 13 – 22.
- Tiet Q & Mausbach B. (2007). Treatment for patients with Dual Diagnosis: A review. *Alcoholism: Clinical Exp Research* volume 31(4), 513–536.
- Thylstrup B. (2009). Dual Diagnosis and treatment relations. Akademiska avhandling psykologiska institutionen, Köpenhamns Universitet.
- Tomasson K & Vaglum P. (1995). A nationwide representative sample of treatment seeking alcoholic: the influence of psychiatric comorbidity. *Acta Psych Scand* 92, 378–385.
- Öjehagen, A, Schaar, I. (2004). Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbrukproblem. En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatireformen. www.socialstyrelsen.se

9 Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom

Hanne Tønnesen, professor och överläkare, Lunds universitet

Sammanfattning

Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom är ett område som kräver särskilt fokus för att säkra synlighet och hantering, då patienter med samsjuklighet mycket lätt kan bli placerade i en gråzon mellan olika vårdformer eller mellan olika specialiteter. Det är en dubbel ingång till samsjuklighet. Det gäller både missbruks- och beroendeproblem vid de somatiska sjukhusen och inom primärvården, och somatiska problem i missbruks- och beroendevården. Samtidigt finns det också möjlighet till dubbel effekt vid behandling, som det har visats inom kirurgi och alkoholbehandling.

En rad initiativ har tagits internationellt för att öka identifieringsgraden och få till stånd intervention. Det ges konkreta exempel på vad som med enkla medel kan göras i den svenska hälso- och sjukvården.

9.1 Introduktion

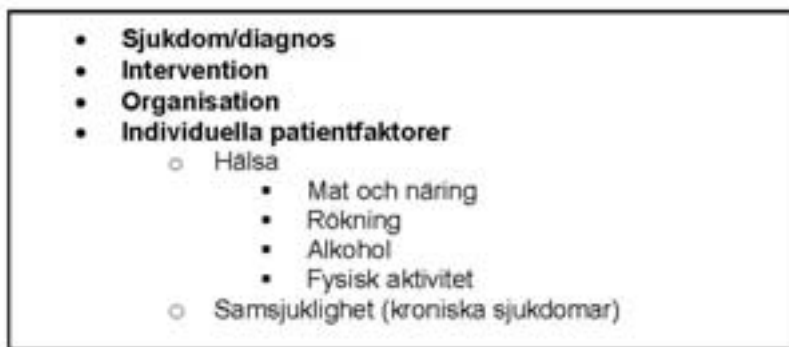
Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom är ett område som kräver särskilt fokus för att säkra synlighet och hantering, då patienter med samsjuklighet mycket lätt kan bli placerade i en gråzon mellan olika vårdformer eller mellan olika specialiteter. Det gäller för både psykiatriska patienter med dubbel-diagnos som för somatiska patienter med två eller flera samtidiga somatiska sjukdomar, men kanske i ännu högre grad för patienter, där samsjukligheten omfattar somatisk sjukdom och missbruk eller beroende av alkohol/narkotika. Lyckligtvis är det icke längre relevant att diskutera om dessa patienter skall ha kvalificerad behandling för sin samsjuklighet, men det är i hög grad relevant att diskutera, hur de får den korrekta behandlingen, som baserar sig på bästa evidensbaserad praxis (Sackett et al., 1996).

Det första steget mot korrekt hantering av samsjuklighet är systematisk identifikation och dokumentation av samsjukligheten följt av tillhörande intervention, antingen direkt i den vårdorganisation som patienten är knuten till eller genom hänvisning till adekvat vård. WHO har utvecklat standarder på detta fält och testat dem kliniskt (Groene, 2006). Det sista steget i ett patientförlopp med samsjuklighet är att uppföljningen också skall genomföras för båda sjukdomarna för att säkra kvaliteten i dubbelbehandlingen.

9.1.1 Patientförlopp vid samsjuklighet

Ett patientförlopp är generellt avhängigt av flera betydande faktorer. Själva diagnosen och behandlingsmöjligheterna är självklart avgörande för utfallet av förloppet, men också organisationen med till exempel utbildad personal, användande av evidensbaserade kliniska riktlinjer och kvalitetssäkring spelar en stor roll. Dessutom är patientens individuella faktorer, speciellt livsstil och kroniska sjukdomar, avgörande för det enskilda patientförloppet (se Figur 1).

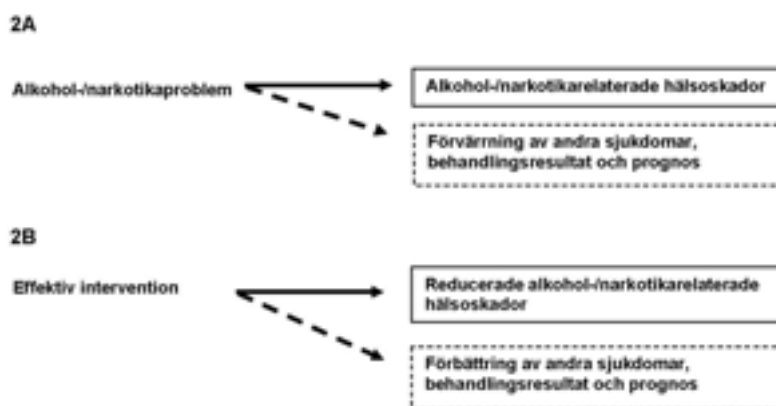
Figur 1 Faktorer av betydelse för patientförloppet



Det är principiellt två ingångar till ett patientförlopp med samsjuklighet för missbruk eller beroende och somatisk sjukdom. Det beror på att alkohol och narkotika kan inducera specifika sjukdomar, men också förvärra förloppet av andra sjukdomar och reducera effekten av behandling – generellt (se Figur 2A). Det vill säga, den negativa påverkan av missbruk och beroende vid samsjuklighet verkar dubbelt.

Samtidigt är effekten av en tillfredsställande hantering av samsjuklighet på motsvarande sätt fördubblad både när det gäller att reducera alkohol och narkotikainducerade sjukdomar samt att förbättra förloppet av andra sjukdomar och deras behandlingsresultat (se Figur 2B).

Figur 2 Dubbel ingång till samsjuklighet – och dubbel effekt av intervention



Potentialen att optimera hanteringen av samsjuklighet är förväntat mycket stor och ännu inte igångsatt. Fördelen med en tillräcklig målinriktad insats vid samsjuklighet är att patienten uppnår en bättre hälsovinst, outcome och prognos på kort sikt (dvs. i det aktuella patientförloppet) och på lång sikt. Det har betydelse för den enskilde patienten och familjen, för hälso- och sjukvården samt på samhällsnivå.

Den stora potentialen vid hantering av samsjuklighet är tydligt beskrivet för bland annat operationspatienter med alkoholmissbruk, som har mångdubblad frekvens av komplikationer. Ett intensivt interventionsprogram bara fyra veckor innan operationen kan halvera utvecklingen av komplikationer i denna patientgrupp (Tønnesen et al., 1999). Liknande gäller för rökning och operation (Thomsen et al., 2009; 2010).

Andra studier har visat att behandling av alkoholinducerade sjukdomar har dålig prognos – om man inte samtidigt tar hand om alkoholproblemet. Detta gäller t.ex. lever- och pankreassjukdomar (WHO-CC/KESF, 2003). Dessutom visar andra studier att effekten av vaccination reduceras vid samtidigt alkoholmissbruk (Nalpas et al., 1993). Detta är dock i mindre grad undersökt för narkotikamissbruk.

9.1.2 Risk vid undervärdering av omfattning

Risken är att man bagatelliserar omfattningen av samsjuklighet och behandlingseffekt om man bara fokuserar direkt på alkohol- och narkotikainducerade sjukdomar och dödsorsaker. Därmed missar man den stora delen av samsjukligheten pga. att alkohol och narkotika kan förvärra förloppet vid andra sjukdomar, samt att många patienter med alkohol- och narkotikaproblem samtidigt har andra livsstilsproblem och medicinska kroniska sjukdomar.

Därför är det viktigt att inkludera hela omfattningen i detta uppdrag.

9.2 Kända somatiska risker till följd av missbruk eller beroende

9.2.1 Mortalitet

Omkring 5 procent av alla dödsfall orsakas av alkohol (WHO, 2004; Anderson & Baumberg, Report for the European Commission, 2006). Alkohol är mer undersökt än narkotika, men för båda två gäller generellt att missbruk och beroende är förenat med ökad sjuklighet och dödlighet (Norström & Ramstedt, 2005; Chen & Lin, 2009; Singleton et al., 2009).

Alkoholmissbrukare och beroendepatienter dör prematurt av samma orsaker som icke-missbrukare (Hart & Smith, 2008), men dessutom kommer också specifika alkoholdödsorsaker, där i synnerhet onaturliga dödsfall såsom olyckor och självmord är frekventa (Sjögren et al., 2000). Svenska tvillingstudier har visat att hög alkoholförbrukning orsakade 11,3 procent av dödligheten för män och 9,4 procent för kvinnor (Andréasson & Brandt, 1997). Den standardiserade mortalitetsskattningen var 3,0 för män och 3,4 för kvinnor. Detta liknade mortaliteten från en annan svensk studie, som samtidigt visade att dödsorsaker och sjukdomsdiagnoser vid hög alkoholkonsumtion är en spegelbild av varandra (Theobald et al., 2001).

En ny svensk studie med en stor narkotikapopulation på 1 705 personer har påvisat, att den genomsnittliga medellivslängden bara är 47 år, dvs. 25–30 år kortare än inom den svenska befolkningen (Stenbacka et al., 2010). Detta stöddes av den ökade drogrelaterade mortaliteten, som observerats i tidigare rättsmedicinska studier

från Sverige (Jöhnsson et al., 2007), från övriga Norden (Naper, 2009; Pedersen et al., 2008) samt från Europa (De Letter et al., 2006; Verschraagen et al., 2007).

Alkoholdödligheten varierar med konsumtionen, som är stigande i den nordliga delen av Europa, inklusive Sverige, för både män och kvinnor. Den svenska alkoholkonsumtionen ökade från 8,2 liter ren alkohol om året per invånare över 15 år 1997 till 9,8 liter 2007 (Ramstedt et al., 2010). Den ligger nu inte långt ifrån den rekordhöga konsumtionen på 11–12 liter per år i Danmark, som också har motsvarande hög alkoholemortalitet (Pedersen et al., 2004). WHO rekommenderar också en mycket lägre konsumtion på inte över 6 liter ren alkohol – och ingenting till barn och ungdomar under 15 år (WHO, 1998).

9.2.2 Morbiditet

Den genomsnittliga alkoholkonsumtionen är relaterad till utvecklingen av sjukdomar (Rehm et al., 2003). Oavsett typ av alkohol har alkohol en lång rad skadliga effekter, som långt överstiger eventuell gynnsam effekt av liten eller moderat alkoholkonsumtion, särskilt beträffande risk för hjärt och kärlsjukdomar. Den möjligt gynnsamma effekten elimineras helt vid ett dryckesmönster med periodvis högkonsumtion (t.ex. på helgen) – även om detta är måttligt (Rehm et al., 2003).

Det gäller inte bara klassiska alkoholskador som till exempel skrumplever och kronisk bukspottkörtelinflammation (Sand et al., 2009). Långt frekventare ses ökad risk för lunginflammation och andra infektioner, operationskomplikationer, fördröjd sårhäkning, ringa compliance hos patienter med t.ex. astma, svårbehandlad hypertension och komplikationer till en rad medicinska sjukdomar (NHI & NIAAA, 2000; Macdonald, 1999).

Narkotika medverkar till att åldrande och relaterade sjukdomar börjar för tidigt (Beynon et al., 2009). Dessutom får injicerande missbrukare och beroendepatienter ofta skador, som smitta från orena sprutor, orena droger eller avsaknad av desinfektion, i form av hepatit och HIV, endokardit, blodpropp och åderinflammation, lokal infektion och generell infektion inklusive blodförgiftning, överdos/förgiftning och andra olyckor. De får också komplikationer från andra riskfaktorer, t.ex. blandmissbruk med alkohol,

samtidig rökning, undernäring och kroniska sjukdomar utan behandling, som medför nedsatt compliance och flera komplikationer.

Innan det utvecklas kliniska symptom kan många hälsoskador vara latenta en tid, dvs. man märker inte omedelbart skadorna, även om de är klart mätbara vid flera enkla eller avancerade undersökningar. Det kan t.ex. vara påverkade infektionsparametrar, höga levertal eller nedsatt pumpfunktion i hjärtat.

Tabell 1 Alkoholrelaterade skador (WHO/KESF, 2003)

Organ eller funktion	Latenta skador	Kliniska skador
Immunförsvaret	Nästan alla som dricker alkohol har reducerad akut cellulär immunkapacitet och tillväxt av stamceller i benmärgen. Vid leverskador hämmas också bildandet av antikroppar efter vaccination.	Allvarliga infektioner, inkl. bakteriell pneumoni, lungabscess, difteri, meningitis, tuberkulos och hepatit C. Oftast utvecklas infektioner efter operationer och olyckor.
Endokrin stressreaktion	Nästan alla har ökad hormonproduktion från hypotalamus, hypofysen och binjurebarken. I abstinensfasen ökas kortisol, adrenalin och noradrenalin ytterligare.	Den ökade hormonspegeln påverkar många fysiologiska funktioner negativt, bl.a. även immunsystem, sömnrhythm och blodtryck.
Hypertension	Ses ofta och sannolikt pga. påverkan av det sympatiska nervsystemet och nedsatt känslighet för baroreceptorer.	Endast långvarigt förhöjt blodtryck ger symptom. Lättare störningar är huvudvärk och näsblod. De allvarliga är hjärnblödning och njurskada.
Kardiomyopati	Cirka var tredje patient har nedsatt pumpfunktion. Muskelceller svullnar upp och de små organeller, som upprätthåller cellens liv och produktion, går förlorade.	Symtomen är hjärtinsufficiens med andnöd och ödem.
Störning av hjärtrytmen	Kan ses efter både akut och kroniskt missbruk. I samband med alkoholintoxikation utvecklas förmaksflimmer och andra rytmrubbningar	Plötslig död pga. hjärtflimmer vid långvarigt alkoholmissbruk sker i abstinensfasen. Vid längre intag ses supraventrikulär takykardi ("hjärtklappning", "Holliday heart syndrome").
Ateroskleros	Liten alkoholförbrukning kan reducera risken för utveckling av åderförkalkningssjukdomar. Vid samtidig rökning eller större förbrukning ökas risken.	Kranskärslsjukdom och ischemisk apoplexi. Den vanligaste dödsorsaken hos personer med långvarigt missbruk är hjärtsjukdom, i likhet med resten av populationen.
Intrakraniella sjukdomar	Alkohol ökar blodtrycket och därmed risken för hjärnblödning, som förvärras för att alkohol minskar blodets koagulation.	Hjärnblödning. Ökade intrakraniella blödningar vid skallskada.

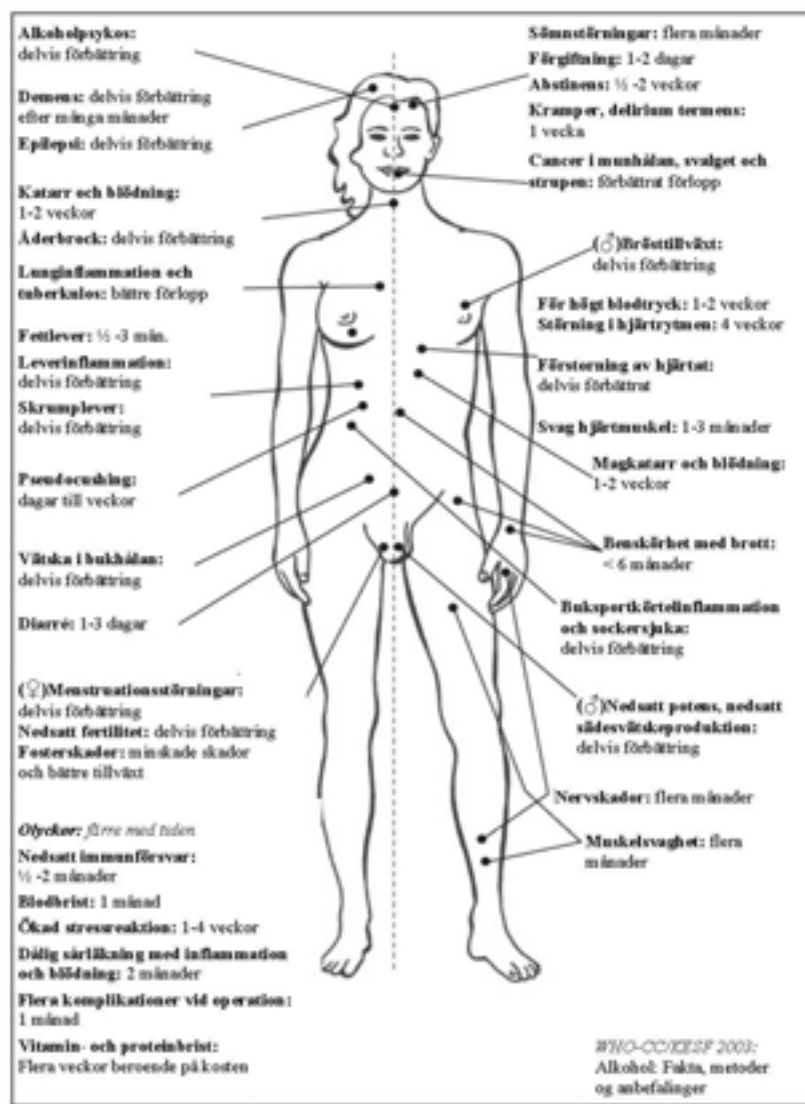
Sömnstörningar	Abstinenssymptom som uppstått på natten. Stresshormonernas naturliga dygnsrytm förändras av alkohol, vilket också kan påverka sömnmönstret.	Sömnstörningar med tätt uppvaknande och dålig sömn. Trötthet under dagen, men ändå svårt att somna.
Könshormonstörning	Långvarigt alkoholmissbruk ändrar könshormonomsättningen.	Män: ofta libido- och potensförlust, atrofi av testiklar, gynekomasti, förändrad könsbehåring och fettfördelning. Kvinnor: menstruationsrubbningsar.
Pseudocushing	Ökad produktion av binjurebarkhormonet pga. alkohol.	Ibland utvecklas runt ("mån") ansikte, fetma centralt på kroppen och muskelatrofi.
Myopati	De flesta har lättare grad i form av smygande muskelatrofi utan smärtor, men oftast symmetriskt lokaliserat i benens muskulatur.	Smärtor i musklerna i synnerhet i benen med ödem och nedsatt kraft. Mycket sällan ses akut rhabdomyolys med nekros av muskelceller med myoglobinuri och njursvikt.
Osteoporos	Smygande benskörhet: Nedsatt nybildning av ben, men fortsatt normal kontinuerlig benresorption.	Ökad risk för kollapsade ryggkotor och frakturer på höfter och handleder.
Blodet	Direkt toxisk effekt på benmärgen. Ger ofta nedsatt cellproduktion. I blodcirkulationen är röda blodceller lätt deformerade och kortlivade.	Anemi, ofta magaloblaster pga. folatbrist. Trombocytopeni. Leucocytopeni (brist på vita blodkroppar och blodplättar).
Cancer	Risken är fördubblad. Alkohol orsakar vävnadsförstörning och fungerar cancerframkallande, speciellt direkt på slemhinnan, dvs. i den övre delen av mag-/tarmkanalen. Samtidig rökning ger också rökrelaterade cancerformer.	Cancer i munhålan, svalget, matstrupen och övre delen av magsäcken. Dessutom ses ökad bröstcancer, primär levercancer och cancer i bukspottkörteln samt rökrelaterade cancerformer, t.ex. i lunga, struphuvud och urinblåsa.
Wernicke-Korsakoff's syndrom	Sällsynt. Orsakas av tiaminbrist, som följd av undernäring och av att alkohol själv sätter ned absorptionen.	Förlamning av ögonmuskler, horisontal nystagmus, tremor, ataksi, hallucination, psykos med inlärningsproblem och konfabulationer.
Polyneuropati	Mera vanligt ses påverkan av både det autonoma, sensoriska och motoriska nervsystemet. Orsaken är både en direkt alkoholpåverkan och tiaminbrist.	Känslöstörning i fötter och ben. Muskelatrofi, nedsatt benkraft och droppfot, dålig gång och fall. Dysfagi, sexuell dysfunktion, sömnapné och rytmstörning på hjärtat.
Cerebellär degeneration	Ibland utvecklas atrofi av lillhjärnan efter lång tids missbruk	Ataktisk gång, dvs. bredbent gång och okoordinerade rörelser, som kan påminna om berusning.

Demens	Atrofi av storbjärnan med krympning av stödande vävnad. Det är inte tal om förlorade nervceller.	Smygande minnesproblem och intellektuell reduktion. Dessutom kan det förekomma paranoida symtom.
Munhålan och spottkörtlarna	Alkohol stimulerar salivutsöndringen och utvidgningen av öronspottkörtlarna ses oftast med cirrhos.	Glossit och stomatit beror ofta på en kombination av tobak- och alkoholkonsumtion, som ökar risken för munhålecancer.
Esofagus	Alkoholkonsumtion sänker ofta trycket mellan esofagus och ventrikeln och orsakar att magsyra backar upp i matstrupen med vävnadsskador.	Många utvecklar smärtor och matstrupskatarr. Den mest allvarliga störningen är esofagusvaricer orsakad av cirrhos med portal hypertension.
Ventrikel	Akut alkoholpåverkan kan utlösa gastrit och hämma ventrikeltömning ut i tarmen.	Uppkastningar, som kan vara blodiga pga. samtidiga lesioner i slemhinnan (Mallory-Weiss lesioner).
Tunntarmen	Ökad permeabilitet, nedsatt enzymaktivitet och bakteriell överväxt i tolvfingertarmen med nedsatt absorption av fett, protein, kolhydrat och tiamin, B12 och folinsyra. På lång sikt ses underskott av vitamin A, zink, magnesium och kalcium.	Många utvecklar diarré.
Akut och kronisk pankreatit	Förhöjd koncentration av amylas i blodet början; senare kan amylas bli normal trots klinisk sjukdom.	Akut pankreatit kan bli kronisk med upprepade tillfällen av akuta våldsamma magsmärtor. KomPLICERAS med malabsorption, diabetes, cystbildning och (sällsyntare) fulminant pankreatit.
Lever-sjukdomar	Påverkade levervärden. I en dansk befolkningsgrupp är det en prevalens på cirka 12 %. Fettlever, som kan utvecklas till symtomfri alkoholhepatit.	Leverdekompensation där patienterna blir akut sjuka med feber, dåligt allmäntillstånd, ofta bukvätska och förstörd lever. Biokemin är tydligt påverkad. Histologi med cellnekros, fibros, inflammation.
Cirrhos	Kan utvecklas smygande utan symtom, men progredierar ofta till komplikationer vid fortfarande hög alkoholkonsumtion.	Ascites, ödem, gynekomasti, muskel- och testikelatrofi samt spindel navi och palmart erytem. Ofta miserieutseende? och näringsbrist. 50 % dör innan 3 år. 3–5 % utvecklar primär levercancer.
Olyckor	Risikfyllt beteende med många tillbud. 10 % av akutpatienterna har alkohol i blodet och upp till 40 % dricker minst 21 enheter per vecka.	Svårare och fler olyckor, där förloppet ofta är sämre motsvarande resultaten efter en operation (se nedan).
Operation	Dolda organskador innan operation och därmed mindre reservkapacitet. Vid operation utvecklas ökad stress, som påverkar de redan försvagade organen.	Tre gånger fler postoperativa komplikationer i form av infektioner, nedsatt sårhäkning, hjärt- och lungproblem och blödning.
Fetalt alkohol-syndrom	Regelbundet alkoholintag under graviditeten ger risk för nedsatt tillväxt av fostret och alkoholmissbruk ökar risken för att utveckla fetalt alkoholsyndrom.	Symtomen är utvecklingsstörning, nedsatt tillväxt och ansiktsdeformiteter.

9.3 Reversibilitet vid nykterhet

De flesta alkoholskador upphör eller avtar vid uppehåll med alkoholintag. Se figur 3 nedan.

Figur 3 De fysiska fördelarna som kan uppnås hos kvinnor och män som slutar dricka. Där det är möjligt, är det efter skadan angivet den tid det tar för tillstånden att normaliseras. Några skador kommer aldrig att normaliseras, men en delvis förbättring kan uppnås.



9.4 Missbruk eller beroende hos somatiska patienter

9.4.1 Förekomst och omfattning

Riskfylld alkoholkonsum är vanligt bland somatiska patienter. Förekomst av patienter med alkohol- och narkotikamissbruk och beroende är högre på sjukhus och primärvård än i samhället som helhet, då denna patientgrupp koncentreras i sjukvården (Andreasson et al., 1990). Dels kommer patienterna oftare med alkohol- och narkotikarelaterade sjukdomar och tillstånd (Sundquist & Franck, 2004), och dels kommer de på grund av alla övriga orsaker precis som andra patienter. Äldre svenska studier har visat att bara omkring en tredjedel av alkoholmissbrukares inläggningar (antal eller varaktighet) är direkt relaterat till alkohol (Persson & Magnusson, 1987; Kristenson et al., 1982). Övriga inläggningar orsakas av andra somatiska sjukdomar. Det har inte publicerats nya svenska studier som visar att denna fördelning skulle vara väsentligt ändrad. I några länder är beroendevården inte så omfattande som i Sverige. En tysk studie visar att omkring 2/3 av patienter med alkoholmissbruk och beroende blev hänvisade till alkoholbehandling på medicinska avdelningar i stället för till psykiatriska avdelningar (Maylath et al., 2003).

En populationsstudie bland alla invånare mellan 25–64 år i Sverige visade tydliga tecken på underdiagnostisering av alkohol- och narkotikaproblem i hälsovården. Bara 12 812 somatiska inläggningar var rapporterat associerade med alkoholrelaterade diagnoser och 6 459 var drogrelaterade över en treårig uppföljningsperiod. Män hade dubbelt så många alkoholrelaterade inläggningar som kvinnor, men de var mer likartat fördelade beträffande drog (Sundquist & Franck, 2004). En liknande tysk studie fann en högre förekomst av somatiska inläggningar som följd av alkohol (John et al., 2003). Främjande faktorer för dessa inläggningar var att bo i städer, ensamboende, kort utbildning samt immigration på grund av arbete, medan inläggningar var färre bland flyktingar (Sundquist & Franck, 2004).

Den kliniska erfarenheten inom hälso- och sjukvården visar att frekvensen är mycket högre än siffrorna ovan indikerar, men också att den varierar från patientgrupp till patientgrupp och från specialitet till specialitet. I synnerhet har patientgrupper med många män, trauma och alkohol- eller narkotikainducerade sjukdomar en hög förekomst – ända upp till 50 procent, medan t.ex. gravida eller

äldre kvinnor har den minsta förekomsten på 1–2 procent. Frekvensen varierar också relaterat till hur missbruk eller beroende diagnostiseras. Till exempel kommer frekvensen att bli lägre för samma population, om missbrukskriteriet definieras som över 14 och 21 enheter för kvinnor och män per vecka i stället för de svenska gränserna på 9 och 14 per vecka. Frekvensen är också lägre om innehållet per enhet är 12 gram som i Norden, i stället för 8 gram som i UK och USA. Slutligen blir frekvensen högre om det frågas om överkonsumtion vilken vecka som helst inom det senaste året eller genom hela livet, jämfört med överkonsumtion inom den senaste månaden.

I Danmark har alkoholförbrukningen varit stabilt hög de senaste 30–40 åren på cirka 11–12 liter ren alkohol per person över 14 år. Det är omkring 20 procent av de inlagda männen som dricker för mycket (över 14/21 enheter per vecka). Norges befolkning har en lägre alkoholförbrukning och en norsk tvärsnittsstudie har således visat att 5 procent (vid 14/21 per vecka) till 10 procent (vid 9/14 per vecka) av de manliga patienterna dricker för *mycket* (Oppedal et al., 2010). Tyskland har grundligt kartlagt förbrukningen av alkohol bland sina patienter. Det är möjligt att se variationer inom olika specialiteter, t.ex. 15 procent av alla psoriasispatienter på dermatologisk avdelning drack för mycket; 6 procent av kvinnorna och 22 procent av männen (Gerdes et al., 2010). Bland inlagda medicinska patienter hade 17 procent en riskfylld alkoholkonsumtion (Saitz et al., 2006).

Generellt har från 1/4 till hälften av de akutkirurgiska patienterna och traumapatienterna för hög alkoholkonsumtion, oavsett identifikation och använd definition (var god se bifogat appendix). Tyvärr identifieras bara en mindre del av dessa i den kliniska vardagen (Kip et al., 2008). Ännu mindre kunskap finns om identifikation av narkotikamissbrukare. Här existerar stor potential för förbättring av identifikation, patientinformation och intervention.

9.4.2 Betydelse av alkoholmissbruk bland operationspatienter

Oavsett att en sjukdom inte är relaterad till alkohol eller droger, så har dessa dock stor betydelse för resultatet av behandlingen, som det t.ex. ses i en analys av alkohol inom kirurgin (Tønnesen et al., 2009).

Omkring 50 studier har visat att överkonsumtion av alkohol ökar komplikationerna signifikant efter operation, även hos patienter utan alkoholinducerade följsjukdomar. Det gäller både stora och mindre kirurgiska procedurer, män och kvinnor, akut och planlagd operation. De postoperativa komplikationerna ökar med 50–100 procent vid en konsumtion över 2 enheter per dag eller motsvarande poäng på alkoholtest (Bradley et al., 2010). Vid förbrukning på 5 enheter eller mer är ökningen på 300–400 procent (Tønnesen et al., 2009). Denna dosrespons är visad flera gånger, senast i en ny stor amerikansk studie. Studien har också visat att det inte finns samband mellan episodisk hög förbrukning och utveckling av operationskomplikationer (Bradley et al., 2010).

Patienter med hög alkoholkonsumtion utvecklar samma typ av komplikationer som andra patienter, de utvecklar dem bara mycket oftare. Det gäller infektioner, hjärt- och lungproblem, blödningar och särskilt sårkomplikationer. Det orsakas av direkt men latent alkoholinducerade mekanismer som äger rum innan operationen, t.ex. svag immunkapacitet, hämmad hjärtfunktion, ökad blödningstid, reducerad sårhäkning. Dessa patienter har därför nedsatt reservkapacitet att motstå kroppsliga komplikationer vid en operation. Dessutom tillkommer också en starkt ökad stressrespons till det kirurgiska traumat (Tønnesen, 2003).

Intensiv alkoholintervention mot nykterhet har motsatt effekt. Här normaliseras grundläggande mekanismer och komplikationerna reduceras till omkring hälften (Tønnesen et al., 1999). Kortvarig intervention mot minskad förbrukning har däremot inte visat särskild effekt på utveckling av komplikationerna (Shourie et al., 2006). Det sista resultatet är i överensstämmelse med andra undersökningar av denna typ av korttidsintervention som enda behandling hos sjukhuspatienter med alkoholproblem (McQueen et al., 2009) och sjukhuspatienter som röker (Rigotti et al., 2008). Däremot blir det motiverande samtalet relevant för operationspatienter när det kopplas till eller integreras som introduktion till ett långvarigt intensivt program mot alkohol eller tobak (Tønnesen et al., 1999; Møller et al., 2002; Lindström et al., 2008).

Då vinsten är så pass stor och biverkningarna är så små vid intensiva alkoholprogram, bör alla operationspatienter därför erbjudas intensiv alkoholintervention innan en planlagd operation. Just nu pågår en nordisk studie med motsvarande intensiv alkoholintervention innan akut operation.

Kliniska observationer tyder på att det är motsvarande potential vid operation av patienter med narkotikaproblem, men detta är inte beskrivet eller undersökt ännu.

9.4.3 Behandling eller hänvisning

Det saknas kunskap i Sverige på detta område. Det är en klinisk erfarenhet att bara en ganska liten del av patienter med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika mottager behandling under inläggningen eller hänvisas till behandling i Sverige. Detta beror säkert på att så få patienter identifieras, dels att behandlingserbjudandet är begränsat, dels brist på tradition och kultur och dels att patienterna i Sverige kanske upplever det mer skamfullt och stigmatiserande än i många andra länder.

Case från en svensk ortopedkirurgisk avdelning:

En kvinnlig patient inläggs akut för operation för fotledsbrott. Hon har tydlig alkoholdoft i andedräkten och verkar ebrierad? alkoholpåverkad?. Alkoholkoncentrationen i blodet är ganska hög motsvarande minst 2 promille. Patienten önskar inte att tala om situationen och önskar inte behandling för sin stora alkoholförbrukning. Hon utvecklar även både svåra abstinens-symtom och operationskomplikationer, det sistnämnda kräver reoperation och förlängd förlopp.

Det finns bara några studier som indikerar att igångsättning av behandling eller hänvisning till behandling är relativt sällsynt. Det gäller enskilda studier över hur många patienter som hänvisas till psykiatrisk avdelning inklusive för alkohol- och narkotikaproblem under vistelsen på somatiskt sjukhus. En äldre studie från Norge har uppgivit att mindre än 0,1 procent har missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika (Roaldset & Martinsen, 1992). En annan studie är dansk. En kartläggning av hälsofrämjande aktiviteter på danska sjukhus visade att bara 5–10 procent av sjukhuspatienterna med alkoholproblem fick samtidig behandling för alkoholproblemet (Det danske netværk af forebyggende sygehuse, 2004). En liknande internationell studie visade att detsamma gäller för Sverige och andra länder (Tønnesen et al., 2007) – se också avsnitt 9.5.

En helt ny regional översikt från Region Hovedstaden i Danmark visade att omkring 80 procent av sjukhuspatienterna blev tillfrågade om alkohol, och omkring 30 procent drack för mycket. Av dessa fick bara var tredje information och mindre än var femte fick behandling eller remiss till behandling (Region Hovedstaden, 2010). Det är oklart om detsamma gäller i Sverige. Därför är det mycket välkommet att nya riktlinjer för identifikation av alkohol och andra levnadsvanor är på gång (Socialstyrelsen, preliminär rapport, 2010).

Kunskap om narkotika är ännu mera begränsad, och här behövs en grundlig insats.

9.4.4 Skandinaviskt initiativ: Scand-Ankle

Skandinaviskt projekt med fokus på samsjuklighet mellan alkoholproblematik och frakturer, där identifikation och behandling av båda delarna ingår. Resultaten mäts i form av reduktion av komplikationer, alkoholproblem och kostnader. Sverige, Norge och Danmark deltar och Tyskland arbetar aktivt på att inlemmas i projektet. Om dessa operationspatienter ska uppnå färre komplikationer måste man använda ett särskilt effektivt alkoholbehandlingsprogram med minst 40-50 procent nykterhetseffekt i hela operationsperioden. Därför användes ett intensivt program (Tønnesen et al., 1999), som bygger på det liknande effektiva behandlingsprogrammet för rökstopp hos alkoholpatienter (Tønnesen et al., 2009). Det består av ett inledande motiverande samtal som ingång i behandlingen, som varar 4-6 veckor med besök varje vecka. Patienterna har en positiv attityd till programmet (Pedersen et al., 2010). Det omfattar manualbaserad patientutbildning, förebyggande behandling av abstinenssymptom, vitaminer, ”alkolås” och övervakad disulfiram. Därtill kommer en öppen ”hotline”.

9.4.5 Behandlingsresurser som det kan vara befogat att tillhandahålla för de missbruks- och beroendeproblem som aktualiseras inom sjukvården inklusive primärvården

Det är nödvändigt att tillhandahålla behandlingsresurser inom sjukvården, primärvården samt inom missbruks- och beroendevården, om alla eller bara en väsentlig del av de somatiska patienterna med alkohol- och narkotikaproblem skall tillförsäkras bättre behandling för alkohol- och narkotikaproblem, med samtidig påverkan på outcome av grundsjukdomen.

Det är mest praktiskt om vårdpersonalen generellt lär sig identifiera missbruk och beroende samt att informera och stödja motivation för behandling. Då missbruk är så pass utbrett överallt, är det också praktiskt att vårdpersonalen lär sig att hantera missbruk, och att beroendepatienter hänvisas till specialistvården – i överensstämmelse med gemensamma och gällande nationella och internationella riktlinjer.

Den snabbt ökande alkohol- och narkotikaförbrukningen i Sverige förväntas i den närmaste framtiden skapa ännu större insatsbehov. En kvalificerad gissning skulle vara en mångdubbling av missbruksbehandlingen, vilken dels har eftersläpning och dels förväntas öka vid högre alkoholförbrukning i Sverige. Samtidigt kommer denna insats att förbättra identifikationen och därmed möjligheterna till hänvisning av beroendepatienter. Dessa kan dock också förväntas öka som följd av ett obehandlat missbruk. Därför kommer det troligtvis att bli tal om en fördubbling av behovet för beroendebehandling – dock avhängigt av hur aktiv insatsen mot missbruk blir.

Det bästa resultatet kan uppnås när behandlingen följer patienten, det vill säga att behandlingen sker på det ställe eller i den sektor där patienten befinner sig. Generellt ökas kvaliteten av behandling och vård, när gemensamma evidensbaserade riktlinjer används. Interventionen måste anpassas till den enskildes behov och patientförlopp, så den stora potentialen frisätts för bättre hälsovinst på både kort och lång sikt till gagn för den enskilde patienten, för den lokala och regionala sjuk- och hälsovården samt för hela samhället. Det är därför anledning till en generell utbredning av systematisk och kvalitetssäkrad alkohol- och narkotika-intervention i samarbete mellan de svenska sjukhusen, primärvården och beroendevården.

Kontinuiteten tvärs genom vårdkedjan är alltid ett problem, och det problemet tycks bli ännu större för en patientgrupp med alkohol- och narkotikaproblem. Det blir problem om patienten skall skickas långt iväg för att få sin behandling på en annan institution, speciellt om patienten fortfarande är inlagd på sjukhus. Det gäller också den andra vägen, om patienten skall börja interventionen i primärvården för operation på sjukhuset (Tønnesen et al., 2010).

Därför är det mest behov av resurser till kvalificerad utbildning av personal på sjukhus och inom primärvård samt flera behandlingsplatser för hänvisning av nya beroendepatienter till specialister inom beroendevården. Slutligen finns det också behov av att undervisning i missbruk och beroende integreras i alla medicinska utbildningar inklusive utbildning av hälsopersonal.

9.5 Somatisk samsjuklighet hos patienter med missbruk eller beroende

9.5.1 Förekomst och omfattning

Utöver många direkta alkohol- och narkotikarelaterade följsjukdomar har missbruks- och beroendepatienter ofta en riskfylld livsstil med rökning, näringsbrist och fysisk inaktivitet, som samtliga har en skadlig effekt på hälsan, både var och en för sig och gemensamt med alkohol eller narkotika (Tayler & Rehm, 2006).

På samma sätt som missbruk och beroende är viktigt för behandling och outcome bland somatiska patienter, så är somatisk sjukdom lika viktig bland missbruks och beroendepatienter. Dessa patienter har ofta fler riskfaktorer och kroniska medicinska sjukdomar än resten av populationen, men en korrekt beskrivning finns ändå inte.

Nyligen har det danska Nationale Råd for Folkesundhed gått igenom litteraturen och rapporterat att hög alkoholkonsumtion medför en gemensam ökning av tobaksrelaterade sjukdomar (inklusive hjärt och kärlsjukdomar), diabetes typ 2 och andra livsstilsrelaterade diagnoser (Hermansen et al., 2007). Dessutom ser det ut som att missbrukare och beroendepatienter som avbryter behandlingen ökar sin rökning, fysiska inaktivitet och vikt (Thygesen et al., 2008). Ohälsosam livsstil, ökade kroniska medicinska sjukdomar och svag behandlingsinsats, som tillägg till

missbruk eller beroende, är huvudsakligen beskrivet beträffande alkohol, men det verkar upplagt att det också bör gälla beträffande narkotika – åtminstone i någon mån.

9.5.2 Behandling eller hänvisning

Naturligtvis diagnostiseras många somatiska sjukdomar bland missbruks- och beroendepatienter som blir adekvat hänvisade och behandlade. En fråga kvarstår – sker diagnostisering, behandling eller hänvisning systematiskt för de mest frekventa och allvarligaste sjukdomarna eller sker det mer opportunistiskt och tillfälligt? Omfattar denna diagnostik också allvarliga riskfaktorer och hur behandlas eller hänvisas dessa?

Då förekomsten av somatisk samsjuklighet och riskfaktorer anses vara hög i denna patientgrupp, och då behandlingserbjudande samt patient compliance inte anses vara lika hög, även om det är en stor effektpotential, kan det mycket väl vara en fördel att implementera samma systematik med identifikation och interventionsprogram, som gäller för andra somatiska patienter. Härmed blir det möjligt att "reach the unreachable" och understödja arbetet i riktning mot likhet i hälsa, som WHO rekommenderar. Därför är det positivt att de nationella kommande rekommendationerna om levnadsvanor och ersättningsavtal från Socialstyrelsen också innefattar psykiatriska patienter inklusive missbruks- och beroendepatienter (Socialstyrelsen, preliminär rapport 2010).

9.5.3 Behov av bifogade behandlingsresurser

Det enklaste är fortfarande att hänvisa missbruks- och beroendepatienter med diagnostiserad eller misstanke om somatisk sjukdom och riskfaktorer till behandling och uppföljning i primärvården. Hur många av patienterna som verkligen följer hänvisning, behandling och uppföljning via denna väg är osäkert och borde utvärderas närmre.

Det är viktigt att skaffa mer exakt kunskap om frekvens, behandling och uppföljning av somatisk samsjuklighet och riskfaktorer bland svenska patienter med missbruk och beroende av alkohol och narkotika. WHO har utvecklat och evaluerat standarder för hälsofrämjande åtgärder på sjukhus. Det internationella HPH

Network har utvecklat och kliniskt testat tillhörande dokumentationsmodeller, som alla problemfritt kan användas för att beskriva omfång och utbredning samt kartlägga eventuella existerande hälsofrämjande insatser och aktiviteter och helt enkelt kopplas till något klassificeringssystem, t.ex. DRG-systemet – se också avsnitt 9.5. Socialstyrelsen har lagt till den delen av dessa modeller som omfattar rådgivning i de nya rekommendationerna och ersättningsavtalen.

Med denna kunskap blir det möjligt att kartlägga den fysiska ohälsan bland beroende- och missbrukspatienter och därmed är det enkelt att upptäcka behovet för bifogade resurser (se VIP-initiativet nedan).

Det bästa skulle möjligtvis vara att erbjuda ett bredare interventionsprogram, som inkluderar intervention både mot riskfaktorer och kroniska sjukdomar samt ger ökad sjukdomsinsikt till dessa patienter. Inspirationen kommer ifrån liknande program för kroniska medicinska patienter och operationspatienter (Jørgensen et al., 2005; Gæde et al., 2003; Zwisler et al., 2008; Sillesen et al., 2007; Nielsen et al., 2010). Också här är det behov av mer kunskap. Faktiskt är det dags att genomföra en högkvalitetsstudie över effekten av ett fullständigt interventionsprogram, t.ex. det VIP-projekt som precis är på gång att starta vid Beroendecentrum i Malmö, Psykiatri Skåne. Projektet är stött av FAS.

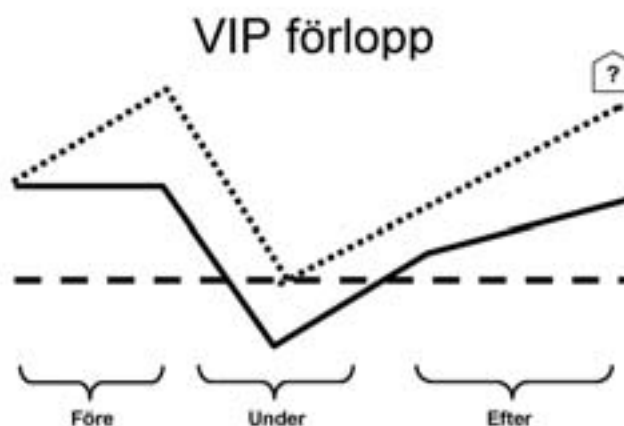
Effekten av hälsofrämjande aktiviteter bör följas upp ordentligt på samma sätt som andra insatser för övriga patientgrupper. Detta kan göras genom patientadministrativa system. Det finns ett behov av ett nytt nationellt kliniskt tvärsektoriellt kvalitetsregister för kvalitetssäkring och effektmätning som löpande offentliggörs – se t.ex. Figur 6 eller www.rygestopbasen.dk för inspiration). Det nya kvalitetsregistret bör likna och kunna kopplas till övriga nationella register, till den elektroniska patientjournalen samt kunna fungera tillsammans med internationella register för benchmarking, utveckling och forskning. En enkel koordinerande sekretariatsfunktion bör placeras i en professionell, stark och stabil miljö, som t.ex. hos forskargruppen vid Beroendecentrum Malmö.

9.5.4 VIP-initiativ för patienter med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika

VIP står både för Very Integrated Programme och Very Important Patient, då dessa patienter behöver en VIP-liknande behandling (här har VIP den vanliga betydelsen), så att vi kan utnyttja den stora förbättringspotential, som ännu inte är satt igång. Till detta projekt används de internationella WHO standarder för den ovan efterfrågade beskrivningen av riskfaktorer och somatisk samsjuklighet. Kartläggningen är det första steget i projektet. Kartläggningen kan problemfritt utvidgas till att omfatta andra avdelningar, kliniker, centra etc., som är intresserade av att kartlägga hälsa och behov av hälsofrämjande interventioner i sin patientgrupp.

Figur 4 nedan visar hur VIP-programmet är tänkt att förbättra funktionaliteten för en patientgrupp i samband med ett sjukdoms- och behandlingsförlopp (Carli & Zavorsky, 2005).

Figur 4 VIP förlopp



Alla patienter, som har en riskfaktor (eller flera) och en kronisk somatisk sjukdom blir erbjudna information om det nästa steget, som är en randomiserad klinisk interventionsstudie inklusive kostnadsanalys. Patienterna blir randomiserade antingen till VIP-programmet eller till rutinbehandlingen. I det sistnämnda kan de

naturligtvis använda sig av de existerande behandlingsmöjligheterna, men inte det integrerade VIP-programmet.

Hypotetiskt kommer VIP-programmet också att kunna öka patientens outcome av beroende- eller missbruksbehandlingen genom att öka funktionalitetsnivå, livskvalitet och patienttillfredsställelse. Programmet består av nedanstående element, som var för sig är evidensbaserade, men som inte tidigare har kopplats samman till denna patientgrupp:

- Rökning (Gold standard program för dagliga rökare)
- Risk för undernäring alt. näringsbrist (i enlighet med ESPN:s riktlinjer)
- Övervikt (Dietistprogram för BMI > 25)
- Fysisk inaktivitet (träningsprogram om < 30 minuter per dag)
- Psykosocialt stöd (motivationssamtal och annat stöd)
- Samsjuklighet: kroniska sjukdomar (screening och intervention mot kardiovaskulär sjukdom, andningsorganens sjukdomar, diabetes, leversjukdom liksom anpassning av befintlig behandling av annan samsjuklighet enligt GP:s riktlinjer)
- Utbildningsprogram (i enlighet med patientprogram för kroniska sjukdomar).

Om VIP-programmet skulle visa sig effektivt för denna patientgrupp och i denna miljö kan det implementeras omedelbart på grund av projektets uppbyggnad med användande av kvalitetsstandarder och indikatorer samt uppföljning i kvalitetsregister.

9.6 Synlighet, samordnade kliniska riktlinjer och dokumentation

9.6.1 Synlighet, transparens och kvalitetssäkring

Det är viktigt att säkra synlighet, transparens och kvalitet för identifikation, behandling och uppföljning av samsjuklighet vid missbruk och beroende av alkohol och narkotika – liksom andra sjukdomar och tillstånd, t.ex. lunginflammation och benbrott – oavsett om det gäller alkohol och narkotika på somatiska

avdelningar eller om det gäller somatiska sjukdomar i missbruks- och beroendevården.

Det är många tabun, traditioner och barriärer i förbindelse med alkohol och narkotika i Sverige liksom i andra länder. Det är tydligt att aktiv förändring av andra livsstilsfaktorer, såsom rökning och viktminskning, ger stor uppbackning från omgivningen och mycket stöd från vårdpersonal, medan liknande förändringsprocesser beträffande alkohol och narkotika hanteras på olika sätt av samma omgivning och personal. Här verkar behandlingen nästan mer stigmatiserande än själva missbruket/beroendet utan behandling. Det är också tradition att beskriva patienter som missbrukare /beroende långt efter att det blivit effekt av behandlingen. Det motsvarar att fortfarande kalla en f.d. rökare för rökare eller fortfarande benämna en patient för överviktig efter att normalvikt uppnåtts. Andra barriärer kommer från hälsoplanerare, politiker och beslutsfattare, som kanske inte är medvetna om den stora effektpotential som kan uppnås genom relativt små hälsofrämjande ändringar i patientförloppet.

Dessa barriärer synes möjliga att överkomma genom att synliggöra och kvalitetssäkra insatser och effektmål som en del av sjukvårdens och verksamhetens kvalitetsarbete, att prata öppet om missbruk och beroende, informera tydligt om behandlingsprogram och visa på resultat från behandlingen, samt att utarbeta gemensamma kliniska evidensbaserade riktlinjer med gemensamma mål för alla avdelningar, sjukhus och vårdcentraler i en region eller nationellt. De bästa exemplen handlar om alkohol, medan det finns behov för att intensifiera utvecklingen beträffande narkotika.

En kartläggning av hälsofrämjande aktiviteter på alla danska sjukhus visade att bara omkring 10 procent av patienterna som mottog en hälsofrämjande insats var registrerade i det nationella patientregistret (Træden et al., 2001). Därefter blev ett nationellt och senare ett internationellt utvecklingsarbete satt i verket med avsikt att beskriva och evaluera enkla modeller för dokumentation av hälsofrämjande aktiviteter och dess effekt. Kanske är det inte så annorlunda i Sverige, men det finns inte motsvarande kartläggning från Sverige.

9.6.2 Dokumentation

Många gånger blir insatsen för samsjuklighetspatienter inte synlig på grund av bristande dokumentation, dels inom somatiken, där dokumentation av alkohol- och narkotikaproblem ofta kan vara omgiven av barriärer och bristande kunskap, och dels inom beroendevården, där dokumentation av somatiska sjukdomar kan synas komplicerad med alla 45 000 ICD-koder och andra klassifikationskoder i de patientadministrativa stödsystemen.

När problemet inte aktualiseras eller dokumenteras blir insatsen inte synlig – och därmed blir effekten i form av bättre hälsovinst heller inte synlig. Lyckligtvis har det internationella HPH Network redan utvecklat kliniskt genomprövade modeller för enkel, användbar och kliniskt meningsfull dokumentation baserade på WHO-standarder på området, så att det inte blir nödvändigt att ”uppfinna hjulet igen”. Modellerna är testade och funna kliniskt begripliga, brukbara och tillräckliga för patientgrupperna av kliniska specialister från sjukhus och avdelningar i omkring 20 länder i Europa, Amerika, Afrika och Asien. Sverige har deltagit i några av evalueringarna.

Viktiga krav för sådana modeller för dokumentation är att de är kliniskt relevanta för de som skall använda dem (nämnt ovan), att dokumentationen skall vara oavhängig av den metod som kliniken brukar för identifikation eller intervention, att de inte skall vara komplicerade eller ta för mycket av klinikernas (eller andras) tid.

Evaluering på sjukhusnivå kan genomföras med hjälp av fem WHO standarder:

- WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals (Groene, 2006),

medan det på patientnivå är två modeller:

- HPH-DATA Model för dokumentation av riskfaktorer (en dokumentationsmodell med nio frågor för de fem mest frekventa riskfaktorerna av störst betydelse för patientförloppet). Relaterat till ICD-klassifikationen och till WHO Standard nummer 2 (Tønnesen et al., 2010).
- Documentation model for health promotion activities in hospitals (15 koder dokumenterar aktiviteter från motiverande samtal till komplexa rehabiliteringsprogram (rehabilitering

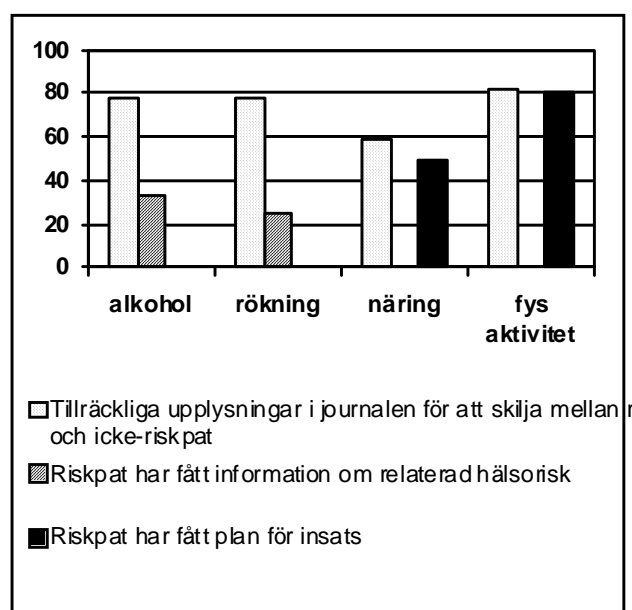
definerat brett som t.ex. vid hjärtrehabilitering). Relaterat till WHO-standard nummer 3 (Tønnesen et al., 2007).

Fokus är mest riktat mot alkohol och andra livsstilsfaktorer, som är enkelt beskrivna med bara några få rader var, medan det saknas ett par rader om narkotika. Att sätta i gång ett internationellt utvecklingsarbete kring detta skulle vara relevant.

9.6.3 Exempel från klinisk praxis

Nedan visas exempel på användande av dessa internationella modeller, som alla är helt eller delvis integrerade i den nya nationella kvalitetsmodellen för sjukvården liksom primärvården i hela Danmark samt delvis integrerade i de nya riktlinjerna för rådgivning från Socialstyrelsen i Sverige, dock återstår fortfarande själva behandlingsprogrammen. På samma sätt används modellerna av andra länder och regioner.

Figur 5 Exempel från köpenhamnsk journalaudit gällande WHO Standards (nummer 2 och 3) om implementering (procent) av hälsofrämjande åtgärder på sjukhus. (Region Hovedstaden, 2010.)



Tabell 2 Översikt över förekomst av patienter med hög alkoholkonsumtion på somatiska sjukhus (OBS! gränsvärdena är högre än de svenska. Rökning visas som jämförelse)

	Norge ^I n = 1515	Danmark ^{II} n = 220	Internationellt ^{III} n = 1360
Alkohol			
> 14/21 enheter per vecka (K/M)	5%	10%	9%
Rökning			
Daglig rökare	19%	25%	22%

^I Oppedal K et al., 2010

^{II} Tønnesen H et al., 2008

^{III} Tønnesen H et al., Submitted 2010

Tabell 3 Översikt över rådgivning och sedvanligt behandlings-program hos patienter med hög alkoholkonsumtion på somatiska sjukhus. Rökning visas som jämförelse

	Danmark ^{IV} n = 117	Internationellt ^V n = 380
Alkohol		
Brief intervention (inkl. MI)	8%	10%
Intervention/behandlingsprogram och rehabilitering	5%	6%
Rökning		
Brief intervention (inkl. MI)	20%	17%
Intervention/behandlingsprogram och rehabilitering	11%	8%

^{IV} Det danske Netværk af forebyggende sygehuse, 2004

^V Tønnesen H et al., 2007

Som kan ses i Tabell 2 och 3 är de internationella sjukhusen och psykiatrin duktiga på att identifiera hög alkoholförbrukning bland patienter. Detta innebär mer information, rådgivning och behandlingsprogram. Det samma gäller för rökning. Som inspiration ses i Figur 6 en sammanställning av effekten av de rökstoppsprogram som används i Danmark. Det är oftast Gold Standard Program (GSP), som också rekommenderas till rökstopp vid operation.

Figur 6 Uppföljning i klinikregister. Effekt av rökstoppsprogram i Danmark



9.6.4 Koppling till ekonomisystemet (DRG)

Som tillägg till dokumentationen är det också viktigt att förbinda denna till avräkningssystemen för sjukhus, psykiatri och primärvård. Det mest utbredda systemet gäller diagnosrelaterade grupper (DRG, som utvecklades på 1970-talet för att kontrollera kostnader inom hälsovården. I dag är DRG implementerat världen över. Största delen av DRG-systemet är relaterat till diagnoserna, undantaget kirurgi, där det är relaterat till själva den operativa aktiviteten. Enskilda områden är ännu inte anknutna till DRG, t.ex. psykiatrin i flera länder, men där är DRG-planeringen på gång

såsom i Sverige. De flesta budgetar består av en rambudget och en aktivitetsstyrd DRG-budget. Procentfördelningen mellan de två budgetdelarna kan variera mycket i olika länder eller regioner och över tid.

WHO-CC i Köpenhamn har lett ett internationellt arbete med avräkning av tekniska barriärer för att koppla hälsofrämjande åtgärder till DRG-systemet. Där finns inga tekniska barriärer, men det kan vara politiska barriärer (Tønnesen & Groene, 2004). Dessutom har det bara varit en svag tradition att registrera riskfaktorer och samsjuklighet systematiskt.

Både HPH Data Model (WHO standard 2 relaterad) och Dokumentationsmodellen för hälsofrämjande aktiviteter (WHO standard 3 relaterad) kan problemfritt kopplas till DRG-systemet. Den första direkt till diagnoskoder, den andra via etablering av aktivitetskoder (15 totalt), där det är aktiviteten som avräknas. Den sistnämnda har den fördelen att man inte bara får pengar för att ställa en enkel diagnos, men att det kräver en hälsofrämjande insats för att få lösa ut pengarna – precis som att operationen skall genomföras innan det genererar pengar inom kirurgin. Danmark har valt den sista modellen, som också kan beskrivas som kvalitetsbaserad DRG-avräkning, och en motsvarande modell har valts i USA för traumacenter, där missbrukare och beroende av alkohol och tobak samtidigt med traumabehandling får intervention för dessa problem. I Sverige finns ett exempel på stödjande liten incitamentbetalning för alkoholsamtal på sjukhus, baserat på dokumenterad diagnos och aktivitet (Uppsala och Hässleholm). Bland andra Region Skåne utvidgar detta till att omfatta ersättning för de nya nationella riktlinjerna med flera riskfaktorer (Socialstyrelsen, 2010).

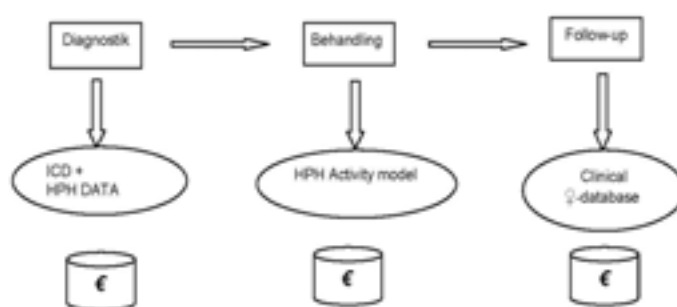
En ännu stramare kvalitetsstyrning är på gång internationellt med mer fokuserad kvalitetsbaserad avräkning. I dessa situationer blir sjukhus inte betalade för återinläggning eller alternativt blir betalningen reducerad vid återinläggningen och kan inte längre täcka den faktiska kostnaden. Detta är redan infört vid några operativa ingrepp (knä- och höftalloplastik i Danmark), där komplikationer och omoperationer inte ger någon betalning i dag.

En annan möjlighet är avräkning till ett högre incitamentspris – enbart för de som följer behandlingen med god effekt. En sådan kvalitetsbaserad avräkning ställer krav om ordentlig dokumentation av diagnos, intervention och uppföljning för effekt och komplikationer via ett välfungerande kvalitetsregister.

Den nationella danska rökstoppsbasen är ett bra exempel på ett internationellt erkänt kvalitetsregister för hälsofrämjande åtgärder, var god se www.Rygestopbasen.dk och Figur 6. Det skulle vara mycket relevant med ett liknande välfungerande kliniskt register inom det aktuella området (se också kapitel 4).

Figur 7 nedan illustrerar hälsofrämjande arbete i ett patientförlopp med relation till de beskrivna modellerna och kliniskt kvalitetsregister.

Figur 7 Exempel på integrering av hälsofrämjande åtgärder i ett patientförlopp. Ekonomi och avräkning (DRG) kan kopplas till varje del



9.7 Konklusion

Samsjuklighet är ett stort problem med nästan lika stor potential för effekt vid adekvat aktualisering. Det spelar en signifikant roll för behandlingsresultat och patientförlopp, som blir sämre när bara den ena delen av en samsjuklighet behandlas.

Det är en dubbel ingång till samsjuklighet, som gäller både missbruks- och beroendeproblem vid de somatiska sjukhusen och primärvården och somatiska problem i missbruks- och beroendevården. Samtidigt är det också möjlighet till dubbel effekt vid behandling, som det har visats inom kirurgi och alkoholbehandling. Här spelar reversibilitet av latent eller subklinisk organpåverkan vid nykterhet en väsentlig roll.

Ofta blir samsjuklighet inte särskilt synlig i journalen eller i de patientadministrativa systemen på grund av brist på systematisk identifikation, dokumentation och intervention. På liknande sätt undervärderas effekten av insatser som är på gång.

I Sverige saknas kunskap om omfattningen och spridningen av samsjuklighet. Från litteraturen fås nedanstående estimering:

- Omkring 5–10 procent av somatiska patienter har samtidigt missbruk eller beroende, flest bland män och vid olyckor; variationen är stor. Bara få procent av dessa aktualiseras (med identifikation, hänvisning eller behandling)
- Mellan 1/3 och 2/3 av patienter med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika har samtidigt medicinska kroniska sjukdomar och riskfaktorer, t.ex. rökning, övervikt, näringsbrist och fysisk inaktivitet. Bara en mindre del av dessa aktualiseras adekvat.

I Sverige ökar alkoholkonsumtionen kontinuerligt så att den är nu inte långt ifrån den danska nivån. Därför kan det också förväntas att missbruk eller beroende och hälsoskador bara kommer att öka, om det inte sätts in aktiva åtgärder.

Det finns ett generellt behov av att:

- säkra systematisk identifikation, dokumentation, intervention/hänvisning och uppföljning av samsjuklighet utifrån WHO:s standarder och de nya svenska riktlinjerna från Socialstyrelsen (t.ex. initiativ som Scand-Ankle & VIP projekten),
- utveckla gemensamma riktlinjer för detta på regional eller nationell nivå tvärs genom olika avdelningar, kliniker och vårdinrättningar,
- utbilda läkare och annan vårdpersonal till att identifiera missbruk och beroende av alkohol och narkotika bland somatiska patienter. Missbruk är (och blir mer och mer) utbredd i Sverige, så det är viktigt att behandling kan utföras av kompetent personal inom sjukvård och primärvård, som också skall uppmärksammas på hänvisning av beroendepatienter till specialister inom beroendområdet,
- integrera undervisning i missbruk och beroende och samsjuklighet i alla utbildningar av läkare och vårdpersonal framöver,
- etablera ett offentligt tillgängligt kliniskt kvalitetsregister för att understödja att systematiskt samla in kunskap på området,
- analysera kommande nya data för en mer precis uppskattning, insats etc.

Referenser

- Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe, a public health perspective. A report for the European Commission. National Institute on Alcohol UK, 2006.
- Andréasson S, Allebeck P, Romelsjö A. Hospital admissions for somatic care among young men: the role of alcohol. *Br J Addict* 1990; 85: 935-41.
- Andréasson S, Brandt L. Mortality and morbidity related to alcohol. *Alc Alc* 1997; 32: 173-8.
- Beynon CM, Roe B, Duffy P, Pickering L. Self reported health status, and health service contact, of il-licit drug users aged 50 and over: A qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. *BMC Geriatrics* 2009; 9: 45 (1-9).
- Bradley K, Rubinsky AD, Sun H, Bryson CL, Bishop MJ, Blough DK, Henderson WG, Maynard C, Hawn MT, Tønnesen H, Hughes G, Beste LA, Harris AHS, Hawkins EJ, Houston TK, Kivlahan DR. Alcohol screening and risk of postoperative complications in male VA patients undergoing major surgery. *J Gen Intern Med* 2010 Sep 28. [Epub ahead of print]
- Carli F, Zavorsky GS. Optimizing functional exercise capacity in the elderly surgical population. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2005 Jan; 8(1):23-32.
- Chen CY, Lin KM. Health consequences of illegal drug use. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22; 287-92.
- De Letter EA, Piette MH, Lambert WE, Cordonnier JA. Amphetamines as potential inducers of fatalities: A review in the district of Ghent from 1976-2004. *Med Sci Law* 2006; 46: 37-65.
- Det danske netværk af forebyggende sygehuse. Rapport om DRG og Forebyggelse 2004, (ISB87-988376-7-2).
- Gerdes S, Zahl VA, Weichenthal M, Mrowietz U. Smoking and alcohol intake in severely affected patients with psoriasis in Germany. *Dermatology* 2010; 220: 38-43.
- Gæde P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348: 383-93.
- Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self assessment forms. World Health Organization; 2006.

- Hart CL, Smith GD. Alcohol consumption and mortality and hospital admissions in men from the Midspan collaborative cohort study. *Addiction*. 2008 Dec; 103(12): 1979-86.
- Hermansen K, Jørgensen K, Schmidt EB, Tjønneland A, Tolstrup JS, Grønbaek M. Alkohol og livsstilssygdomme. *Ugeskr Læger* 2007; 169: 3404-6.
- John U, Rumpf HJ, Hanke M, Gerke P, Hapke U. Estimation of tobacco- or alcohol-attributable disease rates in national hospital care: an approach based on routine in-patient disease register data and systematic diagnosis of alcohol use disorders. *Alcohol Alcohol*. 2003 Jul-Aug; 38(4): 339-46.
- Jöhnsson AK, Holmgren P, Druid H, Ahlner J. Cause of death and drug use pattern in deceased drug addicts in Sweden 2002–2003. *Forensic Sci Int* 2007; 169: 101-7.
- Jørgensen SJ, Hendriksen C. [Rehabilitation of chronic diseases. Can its effectiveness be improved?] *Ugeskr Laeger*. 2005 Jan 17; 167(3): 263-6.
- Kip MJ, Neumann T, Jugel C, Kleinwaechter R, Weiss-Gerlach E, Guill MM, Spies CD. New strategies to detect alcohol use disorders in the preoperative assessment clinic of a German university hospital. *Anesthesiology*. 2008 Aug; 109(2): 171-9.
- Kristenson H, Peterson B, Trell E, Hood B. Hospitalization and alcohol-related morbidity within three years after screening in middle-aged men. *Drug Alcohol Depend*. 1982 Aug; 9(4): 325-33.
- Lindström D, Sadr Azodi O, Wladis A, Tønnesen H, Linder S, Näsell H, Ponzer S, Adami J. Effects of a perioperative smoking cessation intervention on postoperative complications: a randomized trial. *Ann Surg*. 2008 Nov; 248(5): 739-45.
- Macdonald I, ed. Health issues related to alcohol consumption. 2nd edition. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1999.
- McQueen J, Howe TE, Mains D. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8; (3): CD005191.
- Maylath E, Spanka M, Nehr R. [Which wards or hospital departments admit mentally ill patients? An analysis of hospital admissions recorded by the German Statutory Sickness Insurance Body in the light of the introduction of German

- budgeting practice] *Gesundheitswesen*. 2003 Aug-Sep; 65(8-9): 486-94.
- Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet*. 2002 Jan 12;359(9301):114-7.
- Nalpas B, Thepot V, Driss F, Pol S, Courouce AM, Saliou P, Berthelot P. Secondary immune response to hepatitis B virus vaccine in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 1993 Apr;17(2):295-8.
- National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 10th special report to the U.S. congress on alcohol and health. Bethesda, 2000.
- Naper SO. All-cause and cause-specific mortality of social assistance recipients in Norway: A registerbased follow-up study. *Scand J Publ Health* 2009; 37: 820-5.
- Nielsen PR, Jørgensen LD, Dahl B, Pedersen T, Tønnesen H. Prehabilitation and early rehabilitation after spinal surgery: randomized clinical trial. *Clin Rehabil*. 2010 Feb; 24(2): 137-48.
- Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug Alcohol Rev*. 2005; 24: 537-47.
- Oppedal K, Nesvåg S, Pedersen B, Skjøtskift S, Aarstad AK, Ullaland S, Pedersen KL, Vevatne K, Tønnesen H. Health and the need for health promotion in hospital patients. *Eur J Public Health*. 2010 Oct 13. [Epub ahead of print]Pedersen CL, Steentoft A, Kringsholm B. Death among drug addicts in Eastern Denmark 2005. *Ugeskr Læger* 2008; 170: 4124-7.
- Pedersen B, Alva-Jørgensen P, Raffing R, Tønnesen H. Fractures and Alcohol Abuse – Patient Opinion of Alcohol Intervention. *Open Orthop J*, 2010; 4: 243-8
- Pedersen B, Egund L, Oppedal K, Tønnesen H. Emergency and surgical patients willingness to participate in alcohol intervention studies. Presented at the International HPH Conference, Greece, 2009.
- Pedersen MU, Vind L, Milter M, Grønbæk M. *Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark – sammenlignet med Sverige* (ISBN: 97-89029-56-9) 2004.
- Persson J, Magnusson PH. Prevalence of excessive or problem drinkers among patients attending somatic outpatient clinics: a

- study of alcohol related medical care. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987 Aug 22; 295(6596): 467-72.
- Ramstedt M, Stokkeland K, Hultcrantz R. Nytt alkoholmönster och fler leverskador efter Sveriges EU-inträde *Läkartidningen* 2010; 107: 1463-6.
- Region Hovedstaden. Intern rapport om Journal Audit maj 2010.
- Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*. 2003 Sep; 98(9): 1209-28.
- Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3): CD001837.
- Roaldset JO, Martinsen EW. [Psychiatric consultations at a somatic central hospital. Review of 383 referrals over 3 years] *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1992 Aug 20; 112(19): 2517-9.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
- Saitz R, Freedner N, Palfai TP, Horton NJ, Samet JH. The severity of unhealthy alcohol use in hospitalised medical patients. The spectrum is narrow. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 381-5.
- Sand J, Välikoski A, Nordback I. Alcohol consumption in the country and hospitalizations for acute alcohol pancreatitis and liver cirrhosis during a 20-year period. *Alcohol Alcohol*. 2009 May-Jun; 44(3): 321-5. Epub 2009 Jan 14.
- Shourie S, Conigrave KM, Proude EM, Ward JE, Wutzke SE, Haber PS. The effectiveness of a tailored intervention for excessive alcohol consumption prior to elective surgery. *Alcohol Alcohol*. 2006 Nov-Dec; 41(6): 643-9. Epub 2006 Aug 10.
- Sillesen H, Madelung S, Eldrup N, Roed M. Organising a nurse-driven PAD rehabilitation clinic within the vascular surgical department. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33: 26-32.
- Singleton J, Degenhardt L, Hall W, Zabransky T. Mortality among amphetamine users: A systematic review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2009; 105: 1-8.

- Sjögren H, Eriksson A, Ahlm K. Alcohol and unnatural deaths in Sweden: a medico-legal autopsy study. *J Stud Alcohol*. 2000 Jul; 61(4): 507-14.
- Skeie I, Brekke M, Lindbæk M, Wall H. Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: A retrospective cohort study. *BMC Public Health* 2008; 8: 43 (1–8).
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande Metoder. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning 2010. Preliminär version.
- Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A. Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: A 37 year follow-up. *Drug Alcohol Rev* 2010; 29: 21-7.
- Sundquist K, Franck G. Urbanization and hospital admission rates for alcohol and drug abuse: a follow-up study of 4.5 million women and men in Sweden. *Addiction* 2004; 99: 1298–1305.
- Taylor B, Rehm J. When risk factors combine: the interaction between alcohol and smoking for aerodigestive cancer, coronary heart disease, and traffic and fire injury. *Addict Behav*. 2006 *Addiction* 2006; 10: 1679-81.
- Theobald H, Johansson SE, Bygrem LO, Engfeldt P. The effects of alcohol consumption on mortality and morbidity: A 26-year follow-up study. *J Stud Alcohol* 2001; 62: 783-89.
- Thomsen T, Tønnesen H, Møller AM. Effect of preoperative smoking cessation interventions on post-operative complications and smoking cessation. *Br J Surg*. 2009 May; 96(5): 451-61.
- Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jul 7;(7):CD002294.
- Thygesen LC, Johansen C, Keiding N, Giovannucci E, Grønbaek M. Effects of sample attrition in a longitudinal study of the association between alcohol intake and all-cause mortality. *Addiction*. 2008; 103: 1149-59.
- Træden UI, Zwisler ADO, Møller L, Tønnesen H. Forebyggelse på danske sygehuse – en kortlægning. WHO-CC/KESF, Netværk af danske sygehuse. 2001. PJ Schmidt A/S Vojens (ISBN: 87-91098-21-1).

- Tønnesen H. Alcohol abuse and postoperative morbidity. *Dan Med Bull.* 2003 May; 50(2): 139-60.
- Tønnesen H, Christensen ME, Groene O, O'Riordan A, Simonelli F, Suurorg L, Morris D, Vibe P, Himel S, Hansen PE. An evaluation of a model for the systematic documentation of the hospitals-based health promotion activities: results from a multicentre study. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 145.
- Tønnesen H, Faurschou P, Ralov H, Mølgaard-Nielsen D, Thomas G, Backer V. Risk reduction before surgery. The role of the primary care provider in preoperative smoking and alcohol cessation. *BMC Health Serv Res.* 2010 May 12; 10: 121.
- Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Moller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Brit J Anaesthesia* 2009; 102: 297-306.
- Tønnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ, Rasmussen V, Hauge C, Pedersen IK, Kehlet H. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial. *BMJ.* 1999 May 15; 318(7194): 1311-6.
- Tønnesen H, Roswall N, Odgaard MD, Pedersen KM, Larsen KL, Mathiassen B, Farlie R, Elbirk A, Hüttel M, Danborg L, Vestermark V, Petri AL, Ebbenhøj N, Frederiksen M, Hejgaard T. Basic registration of risk factors in medical records. Malnutrition, overweight, physical inactivity, smoking and alcohol. *Ugeskr Laeger.* 2008; 170: 1747-52.
- Tønnesen H, Massiello M, Svane JK, et al. HPH Data model for documentation of health promotion in hospitals and health services. Submitted 2010.
- Verschraagen M, Maes A, Ruiter B, Bosman IJ, Smink BE, Lusthof KJ. Post-mortem cases involving amphetaminw-based drugs in The Netherlands. Comparison with riving under influence cases. *Forensic Sci Int* 2007; 170: 163-70.
- World Health Organization: Alcohol 2004.
- World Health Organization: Health 21; 1998.
- World Health Organization. Implementing Health Promotion in Hospitals: Manual and self-assessment forms. Ed. O Groene; 2006, WHOLIS number: E88584 (EUR/6/5064214).

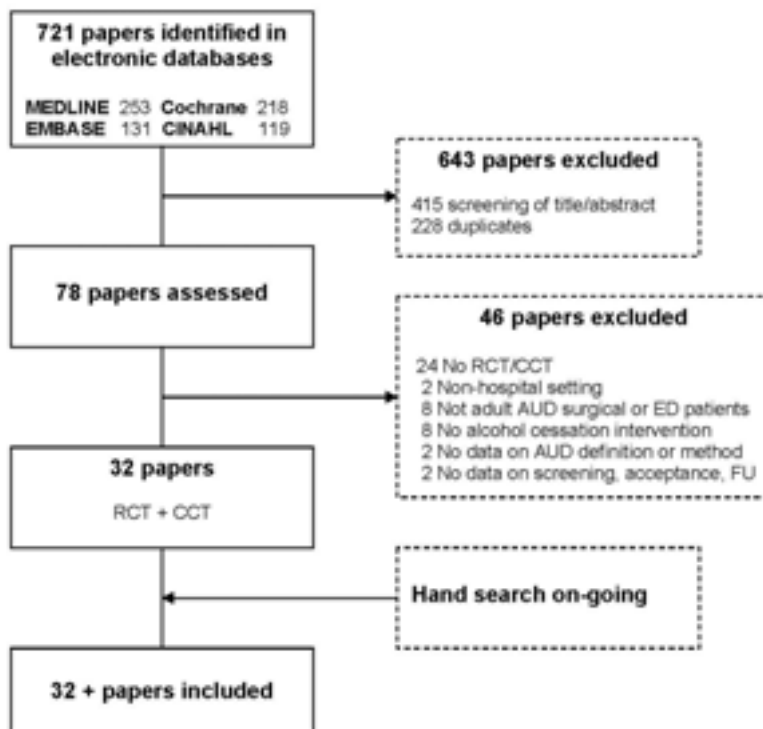
WHO-CC/KESF: Alkohol – Fakta, metoder og anbefalinger. Eds. Mundt K, Jensen M, Kann A, Nielsen AS, Grønbæk M, Tønnesen H. 2003 (ISBN 87-91098-02-5).

Zwisler AD, Soja AM, Rasmussen S, Frederiksen M, Abedini S, Appel J, Rasmussen H, Glud C, Iversen L, Sigurd B, Madsen M, Fischer-Hansen J; DANREHAB Group. Hospital-based comprehensive cardiac rehabilitation versus usual care among patients with congestive heart failure, ischemic heart disease, or high risk of ischemic heart disease. *Am Heart J.* 2008; 155: 1106-13.

Bilaga 1

Litteratursökning i PubMed/Medline, Biobase, Embase och Cochrane Central med avgränsning (se nedan) resulterade i många referenser, men de flesta var inte relevanta för ämnet.

Figure 1: Trial profile



Exempel på litteratursökning utan avgränsning från PubMed/Medline

Result: 5 297

Translations:

Prevalence	"epidemiology"[Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "prevalence"[All Fields] OR "prevalence"[MeSH Terms]
cancer	"neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]
alcohol	"ethanol"[MeSH Terms] OR "ethanol"[All Fields] OR "alcohol"[All Fields] OR "alcohols"[MeSH Terms] OR "alcohols"[All Fields]
history	"history"[Subheading] OR "history"[All Fields] OR "history"[MeSH Terms]
alcohol intake	"alcohol drinking"[MeSH Terms] OR ("alcohol"[All Fields] AND "drinking"[All Fields]) OR "alcohol drinking"[All Fields] OR ("alcohol"[All Fields] AND "intake"[All Fields]) OR "alcohol intake"[All Fields]
alcohol consumption	"alcohol drinking"[MeSH Terms] OR ("alcohol"[All Fields] AND "drinking"[All Fields]) OR "alcohol drinking"[All Fields] OR ("alcohol"[All Fields] AND "consumption"[All Fields]) OR "alcohol consumption"[All Fields]
therapy	"therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]
rehabilitation	"rehabilitation"[Subheading] OR "rehabilitation"[All Fields] OR "rehabilitation"[MeSH Terms]

Database: PubMed

User query:

Prevalence AND (Cardiol* OR Pulm* OR Diabet* OR Neuro* OR gynecol* OR obstetr* OR Dermatol* OR nephrol* OR cancer) AND (out-patient* OR hospital patient* OR department* OR ward*) AND (alcohol abus* OR alcohol misuse* OR excessive drink* OR hazardous drink* OR harmful drink* OR binge drink* OR alcohol history OR alcohol use* OR alcohol habit* OR alcohol question* OR alcohol intake OR alcohol consumption OR alcohol intervention* OR alcohol treatment* OR alcohol program* OR alcohol reduction OR alcohol therapy OR alcohol rehabilitation)

Ex. på samma sökning med avgränsning: Clinical trials and adults

Result: 526

Translations:

Prevalence	"epidemiology"[Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "prevalence"[All Fields] OR "prevalence"[MeSH Terms]
cancer	"neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms" [All Fields] OR "cancer"[All Fields]
alcohol	"ethanol"[MeSH Terms] OR "ethanol"[All Fields] OR "alcohol"[All Fields] OR "alcohols"[MeSH Terms] OR "alcohols"[All Fields]
history	"history"[Subheading] OR "history"[All Fields] OR "history"[MeSH Terms]
alcohol intake	"alcohol drinking"[MeSH Terms] OR ("alcohol"[All Fields] AND "drinking"[All Fields]) OR "alcohol drinking"[All Fields] OR ("alcohol"[All Fields] AND "intake"[All Fields]) OR "alcohol intake"[All Fields]
alcohol consumption	"alcohol drinking"[MeSH Terms] OR ("alcohol"[All Fields] AND "drinking"[All Fields]) OR "alcohol drinking"[All Fields] OR ("alcohol"[All Fields] AND "consumption"[All Fields]) OR "alcohol consumption"[All Fields]
therapy	"therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]
rehabilitation	"rehabilitation"[Subheading] OR "rehabilitation"[All Fields] OR "rehabilitation"[MeSH Terms]
adult[MeSH]	"adult"[MeSH Terms]

Database: PubMed

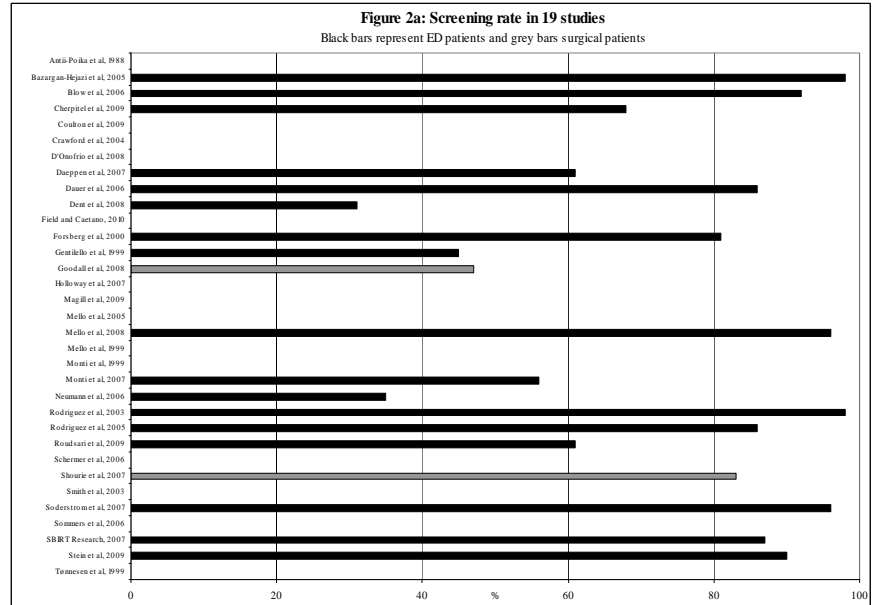
User query:

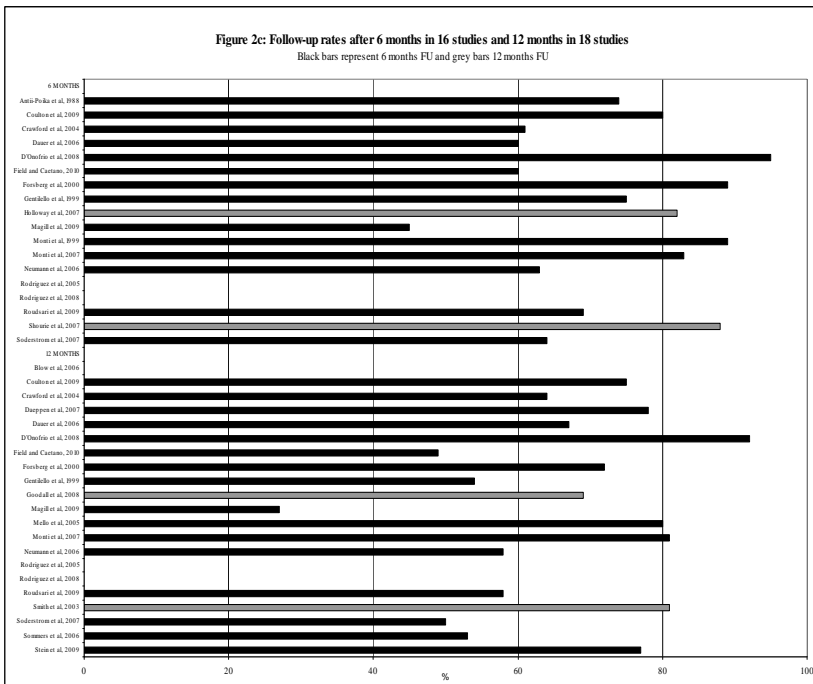
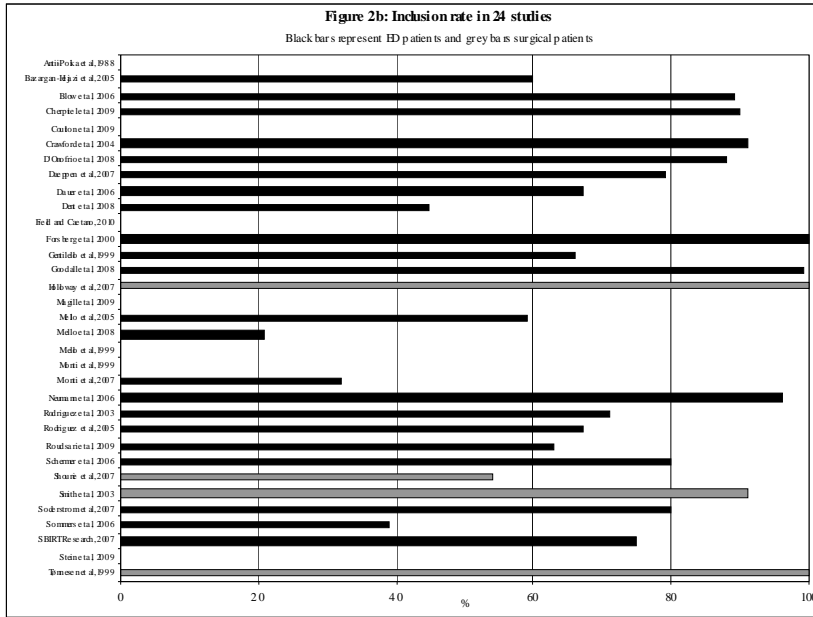
Prevalence AND (Cardiol* OR Pulm* OR Diabet* OR Neurol* OR gynecol* OR obstetr* OR Dermatol* OR nephrol* OR cancer) AND (out-patient* OR hospital patient* OR department* OR ward*) AND (alcohol abus* OR alcohol misuse* OR excessive drink* OR hazardous drink* OR harmful drink* OR binge drink* OR alcohol history OR alcohol use* OR alcohol habit* OR alcohol question* OR alcohol intake OR alcohol consumption OR alcohol intervention* OR alcohol treatment* OR alcohol program* OR alcohol reduction OR alcohol therapy OR alcohol rehabilitation) AND (Clinical Trial[ptyp] AND adult[MeSH])

Bilaga 2

Identifikationsrate, inklusionsrate och uppföljningsrate bland patienter i interventionsstudier ved överkonsumtion av alkohol (Emergency rooms and surgical departments) (Pedersen et al., 2009)

Interventionsstudier





10 Riskbruk av alkohol, dolt beroende, tidig upptäckt och möjliga insatser

Annika Nordström, med. dr och socionom, Landstinget Västerbotten

Sven Andréasson, docent och överläkare, Beroendecentrum Stockholm

Sammanfattning

Cirka 700 000 personer i Sverige beräknas ha ett riskbruk av alkohol och ytterligare cirka 300 000 personer ett alkoholberoende. Samtidigt har endast cirka 75 000 personer kontakt med missbruks- eller beroendevård och de är i huvudsak personer där beroendet också åtföljs av sociala problem och mer komplexa vårdbehov. Detta talar för att samhället bättre bör anpassa och utveckla behandlingsinsatserna för problemens omfattning och målgruppens behov.

Merparten av problem och kostnader uppkommer i den grupp som inte har ett beroende och denna s.k. preventionsparadox är ett starkt argument för att bredda basen i behandlingen av alkoholproblem. Screening och kort rådgivning har visat sig vara en synnerligen kostnadseffektiv åtgärd men de möjligheter som finns utnyttjas inte i önskvärd utsträckning. Den nationella satsning som gjorts inom hälso- och sjukvården har inneburit ökad kunskap och ett ökat antal samtal om alkohol men det behövs en komplettering genom politiska mål- och styrdokument.

Beträffande narkotika uppskattas de regelbundna narkotikaanvändarna till cirka 77 000, men antalet problematiska narkotikaanvändare till cirka 29 500 personer. Detta betyder att det finns en stor grupp personer vars regelbundna narkotikabruk inte uppmärksammas. Screening och kort rådgivning behöver utvecklas även för narkotikaproblem. Särskilt för de personer som för första gången blir gripna eller identifierade med anledning av sitt narkotikabruk finns en stor preventionspotential.

10.1 Inledning

Vikten av att uppmärksamma personer med hög alkoholkonsumtion tidigt och därmed kanske bidra till att stävja en eventuellt begynnande negativ utveckling, är oomtvistligt. Vinster finns att göra på flera plan, både för den enskilde, för personer i dennes omgivning och även samhällsekonomiskt. I en beräkning har samhällets direkta kostnader beräknats till knappt 30 mdr för 2003, varav endast 3 procent avsåg förebyggande insatser (Socialstyrelsen, 2010).

Under det senaste decenniet har betydelsen av tidiga insatser tillsammans med metoder och förutsättningar för att genomföra dessa betonats i flera sammanhang. I SBU rapporten om behandling av alkohol- och narkotikaproblem (2001) är till exempel en av slutsatserna att ”kortvariga, förebyggande insatser mot alkoholkonsumtion, som görs inom sjukvården, har säkerställda effekter på minskad alkoholförbrukning upp till två år.” Samtidigt konstaterades att de förordade ”miniinterventionerna” inte gjordes i den utsträckning det var motiverat. I avsikt att öka insatserna startade 2004 Riskbruksprojektet med ett övergripande syfte om att samtal om alkoholvanor skulle bli vanligare och naturliga inom hälso- och sjukvården (www.fhi.se/riskbruksprojektet). I februari 2006 antog riksdagen de nationella handlingsplanerna mot narkotika och alkoholskador för perioden 2006–2010. Det förebyggande arbetet inkluderar att utveckla metoder för screening och rådgivning inom ANDT-området, inkl. läkemedel (Regeringen, 2010) Att tidigt uppmärksamma riskabla alkohol- och drogvänor, tillsammans med tidiga interventioner är också något som understryks i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007). Riktlinjerna riktar sig både till kommun och landsting och implementering pågår via SKL inom ramen för projektet ”Kunskap till praktik” (www.skl.se/kunskaptillpraktik). Vidare är alkoholvanor ett av de levnadsvaneområden som tas upp i Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som lanseras under 2011. Det finns således flera pågående och kommande aktiviteter som drar i samma riktning, mot att tidigt intervensera i förebyggande syfte.

10.2 Nationella strategier

Sedan 1970-talet har det utvecklats en omfattande policyforskning inom alkoholområdet. Under årens lopp har ett antal tongivande kunskapsöversikter publicerats av internationella forskargrupper, sponsrade av världshälsoorganisationen, WHO: 1975 kom *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*, med Kettil Bruun som redaktör; 1995 kom *Alcohol Policy and the Public Good*, med Griffith Edwards som redaktör och 2003 kom *Alcohol: No Ordinary Commodity — Research and public policy*, med Thomas Babor som redaktör, reviderad 2010 (Babor, 2010). I dessa översikter har det dels samlats forskning om sambanden mellan alkoholkonsumtion och olika typer av sociala och medicinska problem, dels forskning om vilka åtgärder som kan begränsa dessa problem.

Denna forskning har bidragit till att påverka alkoholpolitiska beslut i många länder och organisationer. För svensk del har utvecklingen inom EU och WHO varit av störst intresse. Sverige har i båda fallen spelat en aktiv roll för att få fram aktiva ställningstaganden till stöd för en restriktiv politik. Det var också under det svenska ordförandeskapet 2001 som EU initierade sitt alkoholpolitiska arbete, som 2006 mynnade ut i ett strategidokumentet från kommissionen, vars syfte är att stödja medlemsstaterna att reducera alkoholrelaterade problem. Detta som en följd av att den negativa påverkan på folkhälsan av skadlig eller riskabel alkoholkonsumtion uppmärksammats. I samband med strategiplanens utformning beräknades 58 miljoner (15 procent) av den vuxna befolkningen dricka på en riskfylld eller skadlig nivå och ytterligare 23 miljoner (5 procent av männen och 1 procent av kvinnorna) uppfylla kriterier för ett beroende. Alkohol beskrivs som ett stort samhälls- och folkhälsoproblem i EU med beräkningar om att 2 procent av förtida dödsfall bland kvinnor och 12 procent av förtida dödsfall bland män orsakas av alkohol. Med siffror från WHO:s *Global Burden of Disease Study* beräknades alkoholen år 2006 svara för 7 procent av all ohälsa och tidig död inom EU. Skillnader mellan länder inom EU är dock påtagliga både med avseende på dryckesmönster, på alkoholrelaterade sjukdomar och dödsfall.

I EU:s strategidokument prioriteras fem områden; skydd för barn och unga och det ofödda barnet; minska alkoholrelaterade trafikolyckor; minska alkoholskador bland vuxna och minska alkoholproblem i arbetslivet; förbättra informationen om skadlig alkoholkonsumtion och utveckla en evidensdatabas. Den EU-strategi

som antogs 2006 uppfattades av många i Sverige som kraftigt urvattnad mot bakgrund av det ursprungliga förslaget från tjänstemännen inom DG Sanco. Likväl måste det ses som ett principiellt viktigt steg att EU nu identifierar alkohol som en socialpolitisk fråga och en folkhälsofråga. Vid det andra svenska ordförandeskapet under 2009, beslutades att det alkoholpolitiska arbetet inom EU ska fullföljas även efter att kommissionen levererat sin utvärdering av den alkoholpolitiska strategin. Beträffande tidiga interventioner sägs i den uppföljning av strategiplanen som gjorts att *"The use of screening and brief advice in primary health care to prevent and reduce hazardous and harmful alcohol use is gaining ground although there is still way to go before brief advice on lower-risk drinking is administered systematically in health care across the EU"* (www.europa.eu)

Betydligt mer långtgående än EU:s alkoholstrategi är den globala alkoholstrategi som WHO antagit 2010. Även här har Sverige sedan flera år, tillsammans med andra nordiska länder och en rad andra länder, arbetat hårt för att få denna strategi till stånd. I ett globalt perspektiv beräknas alkohol utgöra den tredje ledande riskfaktorn för sjukdom och förtida död, och orsaka 3,8 procent av alla dödsfall samt sammantaget stå för 4,5 procent av den globala sjukdomsburden mätt i DALY (Disability-Adjusted Life Years) (www.who.int/substanceabuse). Av intresse är att samtliga EU:s medlemsländer ställt sig bakom det förslag som nu föreligger. Strategin bygger i hög grad på de slutsatser som den internationella alkoholforskningen presenterat. Här finns förutom de områden som ingår i EU-strategin ett antal inslag som berör alkoholens ekonomiska och fysiska tillgänglighet. Bland annat lyfts prisets betydelse för konsumtion och skador, liksom vikten av att reglera marknadsföringen (WHO, 2007). WHO betonar också hälso- och sjukvårdens ansvar för screening och kort rådgivning och tillsammans med socialtjänsten ansvaret för vård och behandling. I en rapport från USA skriven av en grupp ledande forskningsexperter står att läsa; *"If policymakers and researchers could focus on only one issue in the coming five years, the most critical is the need to more fully blend addiction treatment with primary care and other medical service."* (McCarty, 2009).

Beträffande narkotika finns en övergripande "EU Drugs Action Plan" som avser åren 2005–2012, med utvärdering efter de första fyra åren. I denna utvärdering från 2009 anges att trots en produktionsökning av heroin i världen och en ökad införsel av kokain till EU

kunde narkotikans skadeverkningar hållas på en relativt oförändrad nivå. Antalet personer inom EU som använt narkotika någon gång under sin livstid beräknades till 70 miljoner för cannabis, minst 12 miljoner för kokain, 9,5 miljoner för ecstasy, 11 miljoner för amfetamin och därtill minst en halv miljon som erhöll substitutionsbehandling för opiater. Andelen personer inom EU som testat narkotika ligger på en lägre nivå än t.ex. i USA.

Den aktuella aktivitetsplanen inom EU beträffande droger avser åren 2009–2012 (EU, 2008). Denna är uppdelad i fem delar och präglas delvis av att narkotikahandeln är olaglig. I korthet handlar det om ökad koordination och samverkan mellan länder både på policynivå och polisiärt, om internationellt samarbete för att minska tillgången, om att öka den allmänna medvetenheten rörande narkotika för ett bredare engagemang i befolkningen, om ökad kunskap genom forskning samt om att öka effektiviteten i preventiva åtgärder och individriktad behandling.

10.3 Vilka åtgärder är effektiva?

Kunskapsläget om vilka åtgärder som mest effektivt kan reducera alkoholproblem är väl sammanfattat i *Alcohol: No Ordinary Commodity*, som finns i svensk översättning: *Alkohol – ingen vanlig handelsvara*. I den reviderade upplagan 2010, nämns sju prioriterade policyområden:

- Alkoholbeskattning.
- Begränsa alkoholens fysiska tillgänglighet. Hit hör monopol på detaljhandel, åldergränser; reglering av försäljnings- och serveringstillstånd, liksom öppethållande.
- Förändra dryckesmiljön, främst genom effektivare tillsyn på serveringsställen.
- Åtgärder mot rattfylleri, främst genom låga promillegränser och slumpmässiga nykterhetskontroller.
- Information och opinionsbildning. Här klargörs att vetenskapligt stöd för effekter av information och opinionsbildning, exempelvis genom skolundervisning eller genom mediakampanjer, som ensamma åtgärder saknas.
- Reglera marknadsföringen av alkohol.

- Genomför screening och kort rådgivning inom hälso- och sjukvård och öka tillgången på behandling.

I en svensk kunskapsöversikt från 2002, *Den svenska supen i det nya Europa – nya villkor för alkoholprevention* (Andréasson (red) 2002) presenterades likartade slutsatser. Betydelsen av nationell alkoholpolitik betonas. Samtidigt konstateras att EU-medlemskapet 1995 i flera avseenden begränsade möjligheterna att föra en självständig alkoholpolitik inom EU, vilket lett till ett ökat intresse för lokalt förebyggande arbete. Detta dominerades dock fortfarande av strategier som forskningen i stor utsträckning visat vara ineffektiva.

I sin utvärdering av den nationella handlingsplanen för att begränsa alkoholskador skriver Statens folkhälsoinstitut i december 2009 att alkoholutvecklingen under de senaste åren gått i en mer gynnsam riktning, efter den initialt mycket kraftiga ökningen av alkoholkonsumtionen och av de alkoholrelaterade skadorna efter EU-medlemskapet. Det lokala förebyggande arbetet bedrivs i ökande utsträckning med ledning av vetenskapligt understödd metodik. En nationell infrastruktur för förebyggande insatser har utvecklats, med nationell ledning från regeringskansliet och myndigheterna och med regionalt stöd till det lokala arbetet från länsamordnare placerade på länsstyrelserna. I sina slutsatser pekar institutet dock på ett antal områden som kräver fortsatta insatser. Bland dessa kan nämnas:

Nationell alkoholpolitik. EU-medlemskapet har inte möjliggjort all nationell alkoholpolitik, tvärtom kan flertalet alkoholpolitiska instrument fortfarande användas. Mot bakgrund av ökad köpkraft finns det exempelvis anledning att överväga skattehöjningar på alkohol; särskilt bör sådana genomföras för alkohol. Vidare bör marknadsföringen av alkohol begränsas, särskilt bör sponsring av idrottsföreningar från alkoholbranschen förbjudas.

Regionala metodcentra. Regionala metodcentra för alkohol- och narkotikaförebyggande arbete bör organiseras av Statens folkhälsoinstitut i samverkan mellan landsting, regionförbund, länsstyrelser och universitet och eventuellt andra berörda parter. Dessa bör dels svara för allmänt kompetensstöd för den egna regionen, dels svara för nationell kompetensutveckling inom utvalda områden.

Breddad bas för vård och behandling. Det pågående arbetet inom riskbruksprojektet bör fullföljas. Basen i behandlingssystemet behöver breddas. En prioriterad uppgift är att utveckla behandlingsmetoder för alkohol- och narkotikaproblem för den allmänna

hälso- och sjukvården, i första hand primärvården och företags-
hälsovården.

10.4 Begrepp och definitioner

Det finns inom alkohol- och narkotikaområdet en flora begrepp och definitioner som rör de aktuella tillstånden, liksom prevention och behandling av dessa. Detta sammanhänger med områdets tvärdisciplinära karaktär och mångåriga historia. I detta avsnitt görs ett försök att klargöra de begrepp som är av betydelse i detta sammanhang.

10.4.1 Konsumtion

Att hög alkoholkonsumtion ökar risken för problem är okontroversiellt. Däremot är det inte lätt att ange var gränsen mellan hög- och normalkonsumtion går. I flertalet länder har man valt att ange gränser över vilka det finns risk för skador. Konsumtion som överstiger dessa gränser benämns ofta som högkonsumtion eller storkonsumtion. Ett alternativt begrepp, som blivit mer populärt och som anknyter till risken för skador, är riskbruksbegreppet. Med riskbruk menas alkoholkonsumtion som ökar risken för sociala eller medicinska problem, men där beroende inte föreligger. Riskbruk kan antingen bestå i att en stor volym alkohol konsumeras under en viss tidsperiod, exempelvis en vecka, eller till följd av större intag vid enstaka tillfällen. En ofta använd risknivå i Sverige är 14 standardglas i veckan för män och 9 standardglas i veckan för kvinnor. Större intag vid enstaka tillfällen är definitionsmässigt att se som riskbruk. Här sätts gränsen vid konsumtion av 5 standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och 4 standardglas eller fler för kvinnor. Med standardglas menas t.ex. ett litet glas vin (12–15 cl), 33 cl starköl eller 4 cl starksprit. Även om styrkan i alkoholdryckerna kan variera är alkoholinnehållet i dessa glas cirka 12 gram alkohol. (Statens folkhälsoinstitut 2005)

Det finns i dag två diagnostiska system, DSM-IV respektive ICD-10 för att klassificera problem relaterade till alkohol. Dessa är i stor utsträckning likartade, men skiljer sig på några punkter. En

sådan är att man i DSM talar om missbruk, medan man i ICD talar om skadligt bruk.

10.4.2 Missbruk enligt DSM-IV

Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande vilket tar sig uttryck i minst ett av följande kriterier under en och samma tolv månadersperiod:

1. Upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller hemmet (till exempel substansrelaterad upprepad arbetsfrånvaro eller dåliga arbetspresentationer, substansrelaterad frånvaro, avstängning eller reglering från skolan, substansrelaterad vanskötsel av barn eller hushåll).
2. Upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risk för fysisk skada (till exempel substanspåverkan i samband med bilkörning, arbete med maskiner).
3. Upprepade substansrelaterade problem med rättvisan (till exempel att vid upprepade tillfällen bli arresterad för substansrelaterat störande beteende).
4. Fortsatt substansbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmännisklig natur orsakade eller förstärkta av substans effekterna (till exempel slagsmål, gräl med partnern om följderna av berusning) användande trots upprepade eller ihållande sociala eller interpersonella problem som orsakas eller förvärras av användning av substansen.

10.4.3 Skadligt bruk enligt ICD-10

Bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk (som hepatit vid intravenöst missbruk av psykoaktiva substanser) eller psykisk (som depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion).

10.4.4 Beroende enligt DSM-IV

Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier under loppet av en och samma tolv månadersperiod:

1. Tolerans, definierat som endera av följande: a) ett behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effekt. b) påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen.
2. Abstinens, vilket visar sig i något av följande: a) abstinenssymptom som är karaktäristiska för substansen. b) samma substans (eller liknande substans) intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymptom.
3. Substansen används ofta i större mängd eller under längre period än vad som avsågs.
4. Det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket.
5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen (till exempel att besöka flera olika läkare för att få recept), nyttja substansen (till exempel kedjeröka) eller hämta sig från substansbrukets effekter.
6. Viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsmässiga aktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket.
7. Bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av substansen (till exempel fortsatt bruk av kokain trots vetskap om kokainbetingad depression, fortsatt drickande trots vetskap om magsår som förvärrats av alkoholen).

10.4.5 Beroende enligt ICD-10

Alkoholberoendesyndrom enligt ICD-10 föreligger om minst tre av följande föreligger:

1. Stark längtan efter alkohol.
2. Svårighet att kontrollera intaget.

3. Prioritering av alkoholanvändning högre än andra aktiviteter och förpliktelser.
4. Ökad tolerans.
5. Fortsatt användning trots skadliga effekter.
6. Abstinens vid avbrutet intag.

Det pågår sedan några år en översyn av såväl ICD som DSM. Dessa berör inte minst beroendområdet. Även om beslut inte tagits ännu är det mycket som talar för att missbruksbegreppet (abuse) kommer att utmönstras från DSM. Internationellt har starka invändningar rests mot begreppet sedan länge. Exempelvis tar man aktivt avstånd från begreppet i den utredning som låg till grund för EU:s alkoholstrategi (Anderson & Baumberg, 2006, s. 19). Även alkoholism är ett begrepp som är på väg att utmönstras, dels då det saknar klar definition, dels då det är starkt värdeladdat.

10.4.6 Olika begrepp för förebyggande insatser

När det gäller förebyggande insatser finns det flera konkurrerande begrepp. Inom medicinen talar man om primär, sekundär och tertiär prevention, där primär prevention avser insatser för att förhindra att problem över huvud taget uppstår, sekundär prevention innebär insatser i ett tidigt skede av problemutveckling och tertiär prevention innebär behandling för att förebygga de skador som tillståndet kan medföra. Inom socialtjänsten använder man i stället begreppen förebyggande, tidiga, och behandlande insatser. Inom beteendevetenskapen använder man begreppen universell, selektiv och indikativ prevention.

10.5 Skyldigheter enligt lagar och bestämmelser

Både kommun och landsting har lagreglerade uppdrag att agera förebyggande. I Socialtjänstlagen 3 kap. 7 § formuleras kommunens övergripande skyldighet att ”arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel och för att genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar och hjälpmöjligheter” (SoL 2001:453). Vidare ska social-

tjänsten ”genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningar för goda levnadsförhållanden” (3 kap. 1 §) och i särskilda bestämmelser rörande barn och unga står att socialnämnden ”skall aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdom av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, beroendeframkallande medel samt dopningsmedel” (5 kap. 1 §). I Hälso- och sjukvårdslagen 2 § c framgår att ”hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada” (HSL 1982:763).

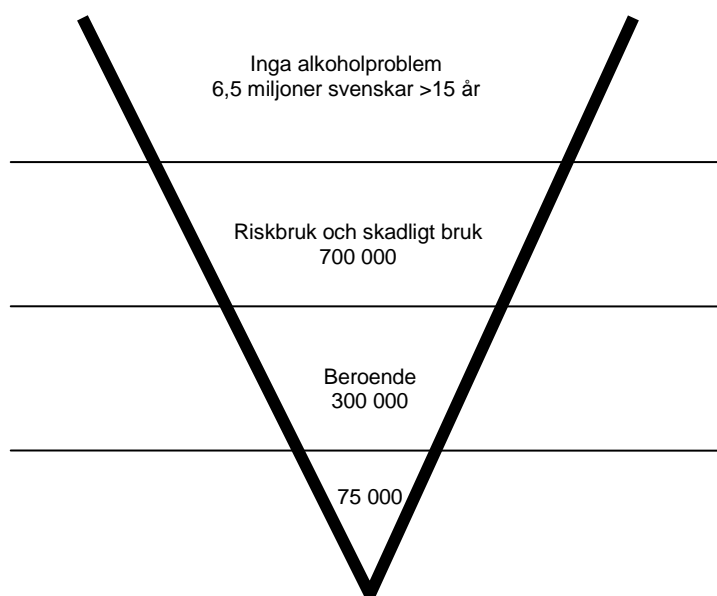
10.6 Alkoholproblem på olika nivåer

Alkoholproblemet i Sverige beskrivs ofta i form av en tratt (*figur 1*). Det stora flertalet medborgare har inga alkoholproblem och befinner sig längst upp i tratten. På nästa nivå finns personerna med riskbruk. Ungefär en miljon personer i Sverige, 19 procent av männen över 18 års ålder och 9 procent av kvinnorna, hade en konsumtion av alkohol som översteg gränserna för lågriskkonsumtion 2009 (Leifman & Ramstedt, 2009). Med detta menas att männen hade en veckokonsumtion som översteg 14 glas och kvinnorna 9 glas, alternativt att männen drack mer än fyra glas vid ett och samma tillfälle mer än en gång i månaden och kvinnorna mer än tre glas. Flertalet av dessa har dock inte alkoholproblem i form av beroende, men de löper förhöjd risk att utveckla detta tillstånd. Den höga konsumtionen ökar dessutom deras risk för andra hälsoproblem och skador.

Uppskattningsvis hälften av personerna med riskbruk har också ett missbruk eller skadligt bruk. Någon mer exakt siffra kan ej ges då någon nationell studie som beräknar antalet personer med skadligt bruk i Sverige inte genomförts. Internationella studier finner att denna grupp är något större än gruppen med beroende. Detta skulle tala för att gruppen med riskbruk och skadligt bruk skulle vara i storleksordningen 700 000 personer. På nivån under riskbruk och skadligt bruk kommer beroende. Någon nationell undersökning av förekomsten av alkoholberoende har heller inte genomförts i Sverige, men en studie från 12 kommuner uppskattar att cirka 5 procent av männen och cirka 3 procent av kvinnorna, eller sammantaget cirka 300 000 personer, hade ett alkoholberoende

enligt ICD-10 kriterier år 2007 (Statens folkhälsoinstitut, 2008). En europeisk översikt fann år 2004 att 5 procent av männen inom EU var alkoholberoende, medan 1 procent av kvinnorna var alkoholberoende (Anderson, 2006). Man noterar dock att jämförelser mellan länder (och även inom länder) är vanskliga då mätmetodiken varierar starkt.

Figur 1 Problemtratten: fördelningen av alkoholproblem på olika nivåer i Sverige



10.7 Vilka nås av behandling?

Med ledning av skattningar från socialtjänst och sjukvård bedöms cirka 75 000 personer, varav 25–30 procent kvinnor, under det gångna året haft kontakt med missbrukarvård eller beroendevård i kommuner eller landsting. Även om en viss osäkerhet råder om dessa skattningar, torde dock storleksordningen vara korrekt. I stora drag kan konstateras att den specialiserade vården i huvudsak når personer där beroendet också åtföljs av sociala problem, exempelvis försörjningsproblem eller bostadsproblem. Det stora flertalet med alkoholberoende har dock inte denna typ av sociala

problem och nås följaktligen inte av socialtjänsten eller den specialiserade beroendevården. De nås inte heller av behandlingsinsatser från den övriga hälso- och sjukvården.

Internationellt ses liknande förhållanden. En aktuell studie från Storbritannien uppskattar att endast 1 av 18 alkoholberoende personer får behandling för sitt beroende (The NHS Confederation, 2010). I USA har samma observation gjorts i över 20 år. 1990 publicerade the Institute of Medicine rapporten *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*, där en bredare bas för behandling av alkoholberoende inom sjukvården efterlystes.

Detta är inte överraskande. Missbrukar- eller beroendevården har i hög grad haft sitt fokus på människor med sociala problem. I synnerhet har detta varit fallet i Sverige, där huvudansvaret för samhällets insatser för denna grupp lagts på socialtjänsten. Men samma mönster ses i andra industriländer; även om sjukvården haft ansvaret har insatserna i huvudsak nått socialt utsatta personer.

I Sverige har Jan Blomqvist i ett omfattande projekt studerat självläkning från alkoholproblem, dvs. förbättrade alkoholvanor utan formell behandling. Studien bekräftar att endast en mindre andel av alla personer som en gång haft alkoholproblem löst dessa genom behandling, i Blomqvists material endast 6,5 procent, där även de som sökt hjälp genom AA ingår (Blomqvist, et al, 2007, s. 77). Även bland dem som uppfyller de diagnostiska kriterierna för alkoholberoende, dvs. minst tre beroendekriterier enligt ICD-10, är det mindre än 20 procent som genomgått behandling. Det är bara i gruppen med mycket uttalade beroendetillstånd, med minst fem av sex beroendekriterier som flertalet fått hjälp genom behandlingsinsatser. Det är således först när alkoholproblemen blir mycket grava som behandlingssystemet når fram i någon större grad till sin målgrupp.

I en intervjustudie av 367 socialt stabila män som ansåg sig ha alkoholproblem så hade majoriteten (70 procent) aldrig tidigare fått behandling för sina alkoholvanor (Berglund, et al 2006). Alkoholvanorna bedömdes vara lika omfattande i gruppen som ej fått behandling jämfört med de personer som haft någon form av öppen eller slutenvård. Vidare visade denna studie att förvärvsarbete och låg grad av psykisk ohälsa minskade sannolikheten för att söka behandling.

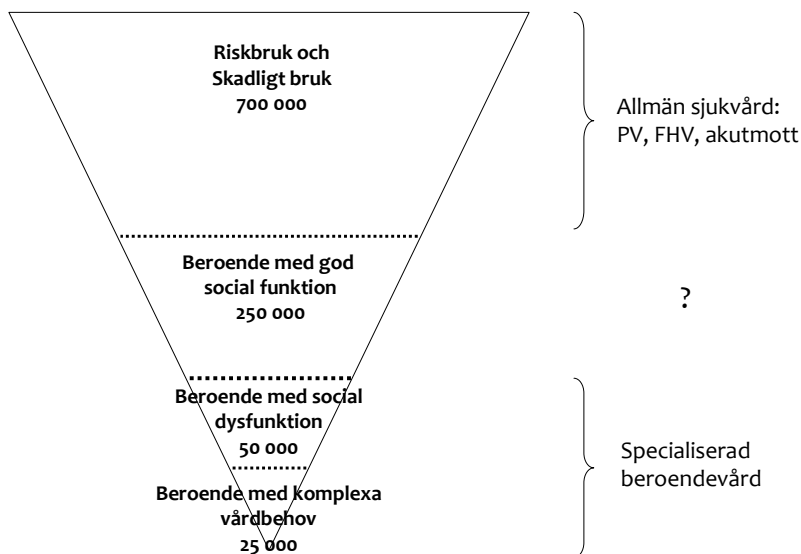
Amerikanska studier bekräftar dels de svenska resultaten att endast en mindre del av de alkoholberoende söker behandling, dels presenteras en del orsaker till varför det stora flertalet inte söker

behandling. I en studie från 1997, baserad på the 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey, med drygt 42 000 respondenter, finner Grant att de främsta orsakerna för att inte söka behandling bland alkoholberoende personer var bristande tilltro till effektiviteten i behandlingen och därtill upplevd stigmatisering (Grant, 1997). I en aktuell studie från från Californien, baserad på 2001–2002 års data från NESARC (the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), finner Grella och medarbetare att 14,7 procent av de 1 602 individerna med substansberoende hade fått hjälp under det gångna året: 8,5 procent hade upplevt ett hjälpbehov men inte fått hjälp, medan 76,8 procent varken känt något hjälpbehov eller fått någon hjälp (Grella et al, 2009).

10.8 Alkoholberoende bland socialt integrerade personer

Frågan som dessa resultat väcker är hur missbrukar- eller beroendevården kan bli mer attraktiv för hela sin målgrupp. En annan trätt (*figur 2*) beskriver ansvarsfördelningen inom problemtratten. Två delar är relativt okomplicerade. Dels står det klart att de svåraste beroendetillstånden, med social dysfunktion (ex. försörjningsproblem, social isolering, bostadslöshet) och med komplexa vårdbehov (ex. psykiatriskt komplicerade tillstånd, neuropsykologiska störningar, kriminalitet) oftast kräver specialistinsatser. Dels att den stora gruppen med riskbruk och skadligt bruk bör skötas av icke-specialister inom den allmänna hälso- och sjukvården. I princip skulle denna grupp kunna identifieras och ges råd inom en rad andra myndigheter och organisationer som socialtjänst, försäkringskassa, polisen, m.fl., men ännu saknas erfarenhet eller evidens för något av dessa alternativ. Vad som däremot är oklart är vem som bör och kan ta ansvar för mellangruppen: de med alkoholberoende men med väsentligen intakt social situation.

Figur 2 Ansvarsfördelningen för olika grupper med alkoholproblem



I teorin kan även dessa insatser utgå från vilken plattform som helst som socialtjänst, psykiatri, primärvård eller frivilligorganisationer. Även här är evidensen emellertid begränsad. Två frågor behöver besvaras. Den första är vilket alternativ som ter sig mest attraktivt eller minst skrämmande för den beroende personen med intakt social situation. Den andra är vilka av dessa organisationer som besitter den nödvändiga kompetensen.

10.9 Missbruk och utanförskap

I Sverige talas det fortfarande allmänt om missbruk och missbrukare. Detta är begrepp som rymmer starka negativa värderingar. Historiskt och ännu i dag förknippas alkoholmissbruk med social marginalisering, allmänt armod, kriminalitet och psykiska avvikelser. Begreppet i sig markerar ett avståndstagande och bidrar till att alkoholproblem förblir dolda så länge som möjligt. Det finns många personer med alkoholberoende som kan tillstå att de har ett problem med alkohol, men inte att de är missbrukare och de vill

inte beblanda sig med missbrukare. Mot bakgrund av att missbruk så starkt förknippas med socialt utanförskap ter sig detta sig som en sund reaktion. Frånsett de språkliga aspekterna är det också en i sak korrekt reaktion. Flertalet alkoholberoende personer har mycket lite gemensamt med den grupp av socialt marginaliserade personer med vilka missbruksbegreppet är associerat. Deras drickande uppfyller moderna diagnoskriterier för alkoholberoende, men de har i många fall god kontroll över sina liv. Med kunskaper från modern socialpsykiatrisk forskning borde inte längre förutsättningarna för detta språkbruk finnas. Beroende av alkohol är vitt spritt i hela befolkningen. Förvisso finns riskfaktorer som ökar förekomsten i utsatta grupper, men de flesta som utvecklar beroende tillhör inte dessa utsatta grupper.

Frågan är varför det är nödvändigt att välja benämningar som den avsedda målgruppen uppfattar som stötande. I vissa kretsar är detta dock en trossats: man måste acceptera att man är alkoholist – som är ett annat negativt värdeladdat begrepp – eller missbrukare för att kunna tillfriskna. Behandlingsforskningen har dock vederlagt denna uppfattning. Med mindre stötande språkbruk är det fler som söker sig till behandling. Behandlingsresultat har inget samband med benägenheten att acceptera behandlaren etiketter på tillståndet. Senare års motivationsforskning ger ytterligare stöd åt detta synsätt. Ett av de centrala inslagen i motiverande samtalsmetodik är att inte tvinga på patienten/klienten etiketter som han eller hon inte accepterar. Det gäller i stället att se på situationen med den beroende personens ögon. Kravet på vissa etiketter är en del av ett konfrontativt förhållningssätt, som även det är en trossats i vissa kretsar. Den beroende uppfattas som starkt förnekande och för att bryta igenom detta förnekande krävs konfrontation. Återigen talar behandlingsforskningen emot detta synsätt. Förnekande är mindre en inneboende egenskap hos den beroende personen och mer en funktion av brister i kommunikation och bristande förtroende för myndigheter och behandlare. Konfrontation leder därför snarare till bristande följsamhet i behandlingen och på sikt sämre behandlingsresultat.

I Sverige har av tradition behandlingsansvaret för alkoholproblem hamnat inom socialtjänsten, sannolikt i brist på insikt om att flertalet människor med alkoholproblem inte har sociala problem. Detta har fått två konsekvenser. Dels att det stora flertalet människor drar sig mer än vad som annars hade varit fallet för att söka hjälp. Dels att erfarenheten av att behandla socialt integrerade och kompetenta

klienter är begränsad. Nu är detta problem inte begränsat till socialtjänsten, om än mer accentuerat där. Men fördomsfulla attityder mot människor med alkoholproblem är legio också inom hälso- och sjukvården, där man i stor utsträckning tagit till sig samma värderingar. Risker är därför stora att man också inom hälso- och sjukvården bemöter alla patienter med alkoholproblem med samma metoder.

10.10 Effektiv behandling

Senare års forskning har visat att flera effektiva behandlingsåtgärder finns för alkoholproblem. Mest kostnadseffektiva är screening och kort rådgivning av riskdrickande (Babor, et al 2007) även om dessa insatser inte bör rubriceras som behandling. Utöver specialistinsatser, där flera har gott vetenskapligt stöd (Berglund, et al 2003), finns också enkla behandlingsprogram som kan genomföras av personal utan specialistkompetens inom beroendområdet (Sobell, 1993; Andréasson, et al 2002).

Det finns en omfattande forskning om effekter av screening och kort rådgivning för alkoholproblem. Denna inkluderar förutom ett 50-tal randomiserade kontrollerade studier runt om i världen ett antal metaanalyser och litteraturöversikter. I SBU:s kunskapsöversikt 2001 konstaterades att få andra åtgärder inom medicinen är lika kostnadseffektiva med avseende på vunna levnadsår och minskad sjuklighet. Studier visar att av tio personer med riskbruk som uppmärksammas på samband mellan hälsan och alkoholvanorna, och som ges råd och motivation till att minska, kommer en att upphöra eller minska till en riskfri nivå, vilket är att betrakta som mycket verksamt (SBU 2001). Internationell policyforskning konstaterar att screening och kort rådgivning tillsammans med alkoholbeskattning och detaljhandelsmonopol utgör de mest effektiva strategierna för att reducera alkoholproblemen i en nation (Rehm, et al 2008; Babor, 2010).

I de nationella riktlinjerna för missbrukar- och beroendevården rekommenderar Socialstyrelsen att i första hand primärvården, företagshälsovården, akutmottagningarna och psykiatrin borde inarbeta screening och kort rådgivning i sin verksamhet. Detta förutsätter att resurser i form av personal och kompetensutveckling tillförs dessa verksamheter.

Huvudsakligen har forskningen inom detta område genomförts inom hälso- och sjukvården. Vad gäller socialt arbete finns det goda argument för att även här systematiskt efterfråga alkohol- och narkotikavanor bland personer som kommer i kontakt med socialtjänstens olika verksamheter. Dock konstaterades i översikten att det saknades kontrollerade effektstudier, kunskapssammansättningar eller metaanalyser vad gäller uppsökande/uppspårande och förebyggande arbete inom socialtjänsten. Riktlinjerna efterlyste studier om arbete med klienter som döms för ringa narkotikabrott till vård inom socialtjänsten, rattfyllerister som hänvisas till socialtjänsten, men även mera brett såsom screening av klienter som söker för ekonomiskt bistånd. I avsaknad av sådan forskning är evidensen för att rekommendera sådana insatser inom socialtjänsten i dagsläget svag.

10.11 Screening som metod

I Socialstyrelsens termbank definieras ordet screening som ”systematisk undersökning av en population för att identifiera individer som är omedvetna om att de har ohälsa eller är i riskzonen för att utveckla ohälsa”. Beträffande personer som kan tänkas ha en riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion är det visat att den ”kliniska blicken” inte är tillräcklig vilket medför att screening är nödvändig för ett effektivt arbete.

Hög alkoholkonsumtion kan identifieras med laboratorieprover, frågeformulär och intervjufrågor. Effektiviteten varierar beroende på hur omfattande konsumtionen är. Således är sensitiviteten för riskbruk, utan beroende, generellt låg, cirka 30–40 procent, för de laboratorieprover som är aktuella (vanligast är leverprover γ -GT, ASAT eller ALAT; även kolhydratfattigt transferrin CDT används). Sensitiviteten ökar med ökande konsumtion, och är vid beroende i genomsnitt 65 procent för leverprover, och något högre, cirka 70–80 procent för CDT. Specificiteten är genomgående låg, cirka 50 procent, med undantag för CDT, där specificiteten är hög, över 90 procent. Dessa förhållanden begränsar värdet av laboratorieprover för screening. Förhöjda värden kan ha många orsaker och en hög alkoholkonsumtion ger inte nödvändigtvis utslag i provsvar. Däremot kan biologiska värden vara av vikt i behandlingsarbete, inte minst som biofeedback.

Såväl sensitivitet som specificitet är däremot acceptabla, mellan 80 och 90 procent, för det vanligaste förekommande frågeformuläret AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), liksom för kortvarianter av detsamma. AUDIT är ett screeninginstrument bestående av tio frågor utvecklat av WHO, som är flitigt använt och som också rekommenderas i de nationella riktlinjerna för tidig identifikation (Babor et al., 1992, Saunders et al, 1993, Socialstyrelsen, 2007). De tre första frågorna, som belyser alkoholmönster och mängd, kan med fördel användas separat (Gual et al, 2002). Det förekommer också att endast berusningsfrågan, fråga tre, används som screeningfråga, med hänsyn till att den har en hög känslighet för förekomst av riskbruk. Det finns även ett annat vanligt förekommande frågeformulär med fyra frågor benämnt CAGE (Cut down, Annoyance, Guilt, Eye-opener) (Ewing, 1984). Det identifierar dock i högre utsträckning tyngre problematik.

En generell screening oavsett kontakthanledning ger upphov till ett antal frågeställningar. Faktorer som diskuterats har bland annat handlat om etik, om hur relationen till patienten påverkas, om tid tas från annat viktigare etc. (Hedberg et al, 2009, Wåhlin 2009 a, Sigurdsson et al 2004, Beich et al, 2007). Intervjufrågor varierar i effektivitet, beroende på i vilket sammanhang frågorna ställs, och med vilken grad av förtroende som har etablerats mellan patient/klient och frågeställare. Erfarenheten från omfattande forskning är att det lönar sig att fråga; människor är i större utsträckning beredda att besvara frågor om sin alkoholkonsumtion än man tror; förutsättningen är dock att de uppfattar att frågorna ställs i ett stödjande syfte.

I en aktuell förfrågan till landstingens kontaktpersoner för Riskbruksprojektet ges en samstämmig bild av att den screening som genomförs inom primärvården i dag är situationsanpassad och sker då betydelsen av alkoholvanorna kan kopplas ihop med orsaken till besöket. Detta innebär en betydande begränsning av den potential som finns för alkoholprevention inom primärvården. Endast en mindre del av de riskbrukande patienterna kommer med denna strategi bli uppmärksammade. Dock noteras samtidigt att alkoholfrågor, tillsammans med andra levnadsvanor, i vissa sammanhang ingår rutinemässigt och utgör en naturlig del i samtalen, ofta tillsammans med AUDIT-frågor eller någon form av "livsstilsformulär". Det rör sig t.ex. om hälsoundersökningar och livsstilmottagningar, "hjärtskolor", gruppbehandling av diabetes eller depression och

inte minst i samband med graviditet. Vid dessa besök förväntar sig också patienten att livssituation och levnadsvanor tas upp.

Huvudproblemet med muntliga frågor som screeningmetod är att de oftast inte ställs. Det är svårt att åstadkomma en rutin där frågor om alkoholvanor ställs systematiskt, t.ex. vid förutbestämda kontakthanledningar, och inte bara när behandlaren tycker det finns särskild anledning att ta upp frågan. Levnadsvanor bör också vara naturliga att ta upp med patienter som t.ex. har diffusa problem, en hög vårdkonsumtion, långvariga sjukskrivningar och i samband med rehabiliteringsutredningar. Vårdprogram och rutiner för när och på vilket sätt screening ska göras är viktiga för att arbetsmetoden ska fungera i praktiken över tid.

Patienterna själva är överlag positiva till att bli tillfrågade om sina levnadsvanor (Andréasson & Grafman, 2002). Enligt SKL:s Vårdbarometer (www.vardbarometern.nu) med ett underlag på drygt 44 000 telefonintervjuer, uppger 90 procent att de ställer positiva till att vården tar upp livsstilsfrågor, men endast 30 procent av dem som besökt vården hade fått sådana frågor (avser vården i dess helhet). En positiv uppgift var att av dem som fått livsstilsråd uppgav fyra av tio att de hade förändrat sin livsstil.

10.12 Brief intervention – kort rådgivning

Ett positivt utfall av screening bör alltid följas upp i ett samtal. Brief intervention, eller kort rådgivning, är en samtalsmetodik som visat sig både verksam och kostnadseffektiv vid riskbruk/ skadlig alkoholkonsumtion (Chisholm et al, 2004). Det område som särskilt studerats är primärvården (Kaner et al., 2007, Bertholet et al., 2005). Det finns sämre underlag att uttala sig om metodens effektivitet i andra vårdssammanhang som akutsjukvård, sjukhus, socialtjänst eller kriminalvård (Nilsen et al, 2008).

I korthet är brief intervention/kort rådgivning en patientcentrerad, icke konfrontativ metod för att motivera och stärka en persons förmåga till förändring. Med ett respektfullt och empatiskt förhållningssätt informeras patienten på kopplingen mellan alkoholvanor och aktuell kontakthanledning, tillfrågas om sina funderingar utifrån det och stöttas till en förändring (Wåhlin, 2009 b). Behandlingsmålet är oftast en minskning av konsumtionen snarare än total avhållsamhet. En struktur i samtalet återfinns i FRAMES; Feed-back, Responsibility, Advice, Menue, Empathy, Self-efficacy.

För att genomföra dessa samtal förutsätts en grundläggande kunskap om alkohol och dess hälsoeffekter för att kunna svara på patientens frågor, men det behövs inte en specialistkompetens inom beroendeområdet (Andréasson et al 2002).

I normalfallet behöver en kort rådgivning inte ta lång tid. Några minuter kan vara tillräckligt i många fall, ibland handlar det om några samtal, men om en patient behöver mer stöd/ behandling bör det finnas möjlighet till det. I detta sammanhang utgör Motiverande samtal (MI) med dess strategier för att utveckla ambivalens och stärka den egna motivationen, en fungerande samtalsmetod (Miller & Rollnick, 2002). På websidan www.somra.se (Samtal OM Riskbruk av Alkohol) har Folkhälsoinstitutet gjort en lättåtkomlig och interaktiv sida som illustrerar och lär ut hur metodiken kan användas i samtalen rörande riskbruk. De motiverande samtalen kan också leda till att personen i fråga går vidare till annan behandling utifrån individuella behov.

10.13 Kostnad – nytta

Hälsoekonomisk forskning talar för att screening och kort rådgivning inom alkoholområdet är mycket kostnadseffektivt, kanske den enskilt mest kostnadseffektiva åtgärd som förekommer inom det förebyggande området. Det senare är slutsatsen från en stor studie som genomfördes inom the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), där 25 förebyggande åtgärder inom sjukvården studerades i en systematisk litteraturöversikt. Kostnaden per vunnet livskvalitetsjusterat levnadsår (QALY) beräknades för screening och kort rådgivning för alkoholproblem till \$1755, vilket är en mycket låg kostnad och bland de lägsta bland de studerade åtgärderna (Solberg et al., 2008).

En av studierna som ingick i denna översikt var en fyraårsuppföljning av en randomiserad studie av kort rådgivning inom primärvård i USA (Fleming et al., 2002). Man fann här att kostnaden för att genomföra det förebyggande programmet (sjukvårdens kostnader + patientkostnaderna) uppgick till \$205 per patient. Besparingarna i sjukvården per patient i interventionsgruppen uppgick till \$712. De totala besparingarna, då även kostnader för brott och trafikolyckor räknades med, uppgick till \$7 985 per patient. För sjukvårdens del resulterade en investering av \$10 000 i denna form av alkoholprevention i en reduktion av

framtida sjukvårdskostnader med \$43 000. Räknas övriga samhälls-ekonomiska effekter in blir besparingen betydligt större, en investering av \$10 000 i alkoholprevention ger en total samhälls-ekonomisk besparing på \$390 000.

I en annan studie av kostnaderna för screening och kort rådgivning i amerikansk primärvård beräknade Zarkin och medarbetare att driftkostnaden per patient som screenats och erbjudits rådgivning varierade mellan \$2.59 och \$3.43. Totalt skulle programmet kosta mellan \$40 045 och \$46 337 om året i ett sjukvårdsdistrikt med en befolkning på 100 000 vuxna individer. (Zarkin et al., 2003). Man fann här att de stora kostnaderna uppstår i programmets initieringsfas; det handlar då främst om utbildning och materialproduktion.

I en Australiensisk studie beräknas kostnaderna och hälsovinsterna för ett program för kort rådgivning i primärvård (Wutzke et al., 2001). Kostnader för marknadsföring, utbildning, support och läkartid för interventionen beräknades. Effekterna beräknades i form av vunna levnadsår till följd av förebyggda alkoholrelaterade dödsfall. Analysen byggde på internationella studier av kort rådgivning, där såväl kostnader som effekter beräknades och uttrycktes i australiensiska dollar. Tillämpade på det australiensiska Drink less programmet beräknade man kostnaden för screening och rådgivning till mellan Austr \$19.14 och Austr \$ 21.50. Marginalkostnaden per vunnet levnadsår var Austr \$1 873. Omfattande sensitivitetsanalys talade för att beräkningsmodellen var robust. Det uppnådda resultatet talar för att kort rådgivning för alkoholproblem står sig väl i konkurrensen med andra medicinska åtgärder.

I en holländsk primärvårdsstudie finner man något högre kostnader för screening och kort rådgivning. Här beräknas kostnaden per vunnen QALY till €5 400 (Tariq, et al. 2009), dvs. 2–3 gånger högre än i den amerikanska studien. Huvudsakligen beror den högre kostnaden på att effekten av interventionen inte var lika stor som i USA. Likväl drar författarna slutsatsen att interventionen är kostnadseffektiv.

Några svenska hälsoekonomiska beräkningar av screening och kort rådgivning har inte gjorts än, även om en sådan är under planering. Däremot har Lindholm gjort en teoretisk beräkning där han drar slutsatsen att alkoholrådgivning har en stor hälsoekonomisk potential. Om en procent av de individer som får rådgivning gör bestående förändringar i sitt drickande bedöms interventionen som förhållandevis kostnadsvis, med en kostnad/nytta kvot på €20 000

per vunnet levandsår. Om tio procent gör förändringar leder interventionen till nettobesparingar inom sjukvården (Lindholm, 1998).

10.14 Riskbruksprojektet

Riskbruksprojektet (www.fhi.se/riskbruksprojektet) startade 2004 som ett regeringsuppdrag med en övergripande vision om att samtal om alkohol ska ha en naturlig och självklar plats i vardagssjukvården. Målsättningen har varit att samtal om alkoholfrågor ska ske frekvent och rutinmässigt och att personalen inom hälso- och sjukvården har goda kunskaper, positiva attityder och en tro på sin egen förmåga att kunna bistå patienter i förändringsarbete. Sedan 2006 har landstingen haft möjlighet att söka statliga stimulansmedel för riskbruksarbetet.

Fokus har huvudsakligen legat på primärvård och företagshälsovård, med en viss utvidgning gentemot psykiatri och somatisk vård. Vidare har en del riktat sig till de som studerar och arbetar inom universitet och högskolor.

För att nå målsättningen om en ökning av alkoholsamtal har projektet erbjudit och stöttat kunskaps- och metodutveckling inom området. Utbildningar har omfattat faktakunskap om alkohol, screening, bemötande och motiverande samtalsmetodik (MI). Genom en uppdelning i delprojekt utifrån professioner har utbildningsinsatser och metodutveckling kunnat skräddarsys för att passa respektive verksamhet. För en bred spridning har bland annat utbildning till utbildare för erbjudits, ex MI och Riskbruksverkstäder. Arbetet har bedrivits i samverkan med landstingen och företagshälsovårdens enheter och utbildningsaktiviteter och metodutveckling har anpassats utifrån lokala förutsättningar. Riktade utbildningar har på många håll i landet kompletterats/ersatts med gemensamma t.ex. för samtlig personal på en vårdcentral. Fördelen med sådan basutbildning för alla har bedömts vara att det bidrar till ett gemensamt förhållningssätt gentemot patienterna.

Riskbruksprojektet har fallit mycket väl ut. En utvärdering har genomförts med en baslinjeenkät 2005–2006 och en uppföljningsenkät 2008–2009 till de olika personalkategorierna inom arenorna primärvård, barnhälsovård, mödrahälsovård och företagshälsovård. Resultaten visar sammantaget att påtagliga förbättringar har skett i form av ökad aktivitet beträffande alkoholsamtal, ökad kunskap om rådgivning till patienter samt förbättrad upplevd förmåga att hjälpa

patienter att minska sin alkoholkonsumtion (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Attityder till att identifiera och erbjuda kort rådgivning till patienter med riskbruk var positiva redan vid baslinjemätningen och fortsatt så vid uppföljning.

Förutom verksamheternas egna prioriteringar och inställning till att arbeta förebyggande är huvudmännens inställning av vikt. Det hälsofrämjande arbetet måste vara synligt i politiska mål- och styrdokument och det måste finnas en organisation för att implementera nya riktlinjer och arbetssätt.

Det finns tydliga kopplingar mellan olika levnadsvanor och från 2009 ingår även ett tobaksuppdrag i projektet. Riskbruksprojektet avslutas i sin nuvarande form vid utgången av 2010. Ambitionen är att erfarenheter från projektet ska tas till vara i det kommande arbetet med implementering av Socialstyrelsens nya riktlinjer för förebyggande hälsovård.

10.15 Primärvård, MHV, BHV

Primärvården, och dess personal, har en strategisk position för sekundärpreventiva insatser. Varje år träffar cirka 40 procent av den vuxna befolkningen sin husläkare och under loppet av två-tre år har upp till 70–80 procent av befolkningen besökt sin läkare. Vissa vanligt förekommande kontakthanledningar är överrepresenterade bland personer med riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion som t.ex. mag- och tarmbesvär, hypertoni, depression/ångest, sömnproblem, diabetes, värkproblematik och olycksfall. I en studie inom primärvården i Västerbotten hade var tredje patient i det löpande patientflödet symtom på depression/ångest och/eller riskbruk av alkohol (Nordström & Bodlund, 2008). Att rutinmässigt ta upp alkoholvanorna vid dessa besök där alkohol kan ha betydelse för uppkomst, rehabilitering eller medicinering får ses som ett mål. I riskbruksprojektets utvärdering 2008/09 uppgav närmare 60 procent av allmän- och ST-läkarna att de alltid/ofta diskuterar alkoholfrågor med sina patienter. Andra levnadsvanor som rökning, fysisk aktivitet, övervikt och stress diskuteras dock fortfarande i högre utsträckning.

Distriktssköterskorna träffar också ett stort antal patienter i olika sammanhang. Hälsoundersökningar, uppföljning av diabetes och blodtryck, omläggning av sårskador är exempel på några av de tillfällen då alkoholvanor kan tas upp till diskussion. Distrikts-

sköterskorna var den grupp som under den treårsperiod som utvärderades inom riskbruksprojektet hade störst ökning av andel som alltid eller ofta diskuterar alkoholfrågor. Ökningen skedde från låga 28 procent till 51 procent.

Mödrahälsovården (MHV) i Sverige har en närmast hundra-procentig täckning av gravida och barnmorskorna har länge haft till uppgift att ta upp frågan om alkohol med dessa kvinnor. Samtalen har metodutvecklats inom ramen för riskbruksprojektet genom faktautbildning och en tydlig struktur, där samtalet utgår från alkoholvanor året innan graviditeten. En särskild ”Guide för samtal om alkohol” har tagits fram (www.fhi.se/riskbruksprojektet). De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård omfattar även en översyn och förstärkning av samarbetet med andra instanser vid behov.

Barnmorskor återfinns även vid ungdomsmottagningar. I samband med dessa kontakter med ungdomar finns goda möjligheter att ta upp alkohol- och drogvvanor. Många dricker som mest i yngre åldrar och det finns tydliga samband mellan alkohol och sexuell aktivitet. I en väntrumsstudie i Västerbotten hade två av tre unga kvinnor vid ungdomsmottagningarna, en riskabel alkoholkonsumtion enligt AUDIT, och det fanns ett tydligt samband mellan berusning och erfarenhet av könssjukdomar (VLL, 2007). Av dem med ett riskbruk uppgav var fjärde (26 procent) att de ville minska sin konsumtion.

Barnhälsovården (BHV) möter småbarnsföräldrar och arbetet sker ur barnens perspektiv. Även om det förekommer att AUDIT används inom BHV är det inte att identifiera riskbruk hos föräldrar som är det primära, utan att samtal om föräldrarnas alkoholvanor tas upp till diskussion ur barnets synvinkel. Ett material för föräldragrupper ”Tänk på i vilket sällskap du berusar dej” har tagit fram av Statens folkhälsoinstitut just för detta ändamål (www.fhi.se/riskbruksprojektet). Svårigheten kan vara att nå de föräldrar som behöver detta bäst. Familjecentraler, med MHV, BHV och socialtjänst samlade under samma tak har här en fördel.

Inom primärvården finns ytterligare ett antal yrkeskategorier som sjukgymnaster, dietister, kuratorer, psykologer m.fl. Samtliga dessa har självklart också stora möjligheter till tidiga interventioner. Tydliga strukturer och rutiner formulerade i vårdprogram kan underlätta det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Däremot uppfattas inte ersättningssystem enligt läkarförbundets vårdvalsenkät 2009 premiera ett förebyggande arbetssätt (www.lakarforbundet.se).

10.16 Företagshälsovård

Under senare år har arbetslivet blivit allt mer medvetet om att alkoholen har en negativ inverkan på såväl den enskildes hälsa, arbetsmiljön som produktionen. Möjligen har arbetslivet haft en alltför passiv strategi där fokus mer har varit att hantera och åtgärda redan befästa alkoholproblem och ett mindre fokus på att förhindra i ett tidigt stadium (Hermansson, 2005).

Mycket tyder på att det finns goda motiv, för både samhället, arbetstagare och arbetsgivare, att i arbetslivet implementera sekundärpreventiva alkoholmetoder som tidigt identifierar och åtgärdar riskkonsumtion av alkohol. För samhället kan tidiga insatser mot alkoholproblem på våra arbetsplatser ha en positiv inverkan på det allmänna hälsoläget liksom sjukvårdskonsumtionen i landet. För arbetsplatsen är motiven att en förhöjd och riskabel alkoholkonsumtion ökar risken för ohälsa bland medarbetare, olyckor och arbetsrelaterade skador och ökad risk för frånvaro samt negativ effekt på arbetsmiljön i stort. Sammantaget kan dessa risker leda till ökade kostnader för såväl samhället, arbetsgivaren som den enskilde.

Arbetsplatsen är en arena där merparten av den vuxna befolkningen är nåbar och kan där med fördel erbjudas sekundärpreventiva alkoholmetoder. Dessutom finns det paradoxalt ett visst stöd för att förvärvsarbete kan minska sannolikheten för att söka behandling inom den traditionella vården. Detta förstärker motivet att mer aktivt nyttja arbetsplatsen som en arena för att både upptäcka och åtgärda alkoholproblem i ett tidigt skede.

Studier genomförda på svenska arbetsplatser har visat att det är möjligt att i samband med livsstilsundersökningar erbjuda anställda just alkoholscreening med rådgivning och få anställda uppleva metoden som känslig om den genomförs av företagshälsovården (FHV).

Riskbruksmodellen, screening och kort rådgivning, inom FHV är inte särskilt komplicerad. Anställda erbjuds i samband med en livsstilsundersökning att kontrollera sina egna alkoholvanor med stöd av exempelvis frågeformuläret AUDIT och i vissa fall även i kombination med blodprov som CDT. Nästa steg i metoddelen är att erbjuda adekvat kort rådgivning åt dem som har en förhöjd och riskabel alkoholkonsumtion. Rådgivningen behöver inte alls vara särskilt omfattande. Viktigt är dock att den genomförs på ett icke konfronterande sätt. Den kliniska erfarenheten av modellen är

förutom att den är enkel att genomföra så leder den till att FHV och arbetslivet gemensamt upptäcker medarbetare med mer omfattande alkoholproblem (missbruk/beroende).

I samband med att det nationella Riskbruksprojektet initierades visade en kartläggning (2005) av FHV att både aktivitetsgrad och beredskap att arbeta med riskbruk var hygglig. Den senare uppföljningen (2008) visade att beredskapen ökat. Ett exempel är att 2005 rapporterade 34 procent av företagsläkarna och 45 procent av företagssköterskorna att de hade använt AUDIT-formuläret under det senaste året. År 2008 hade denna andel ökat till 72 procent hos företagsläkarna och 82 procent bland företagssköterskorna, och 92 procent av läkarna samt 91 procent av sköterskorna rapporterar att de är ganska eller mycket kunniga att hantera rådgivning till personer med riskdrickande. (Statens folkhälsoinstitut 2010)

Riskbruksmodellen enligt ovan kräver dock att arbetsplatsen är knuten till en FHV som har uppdraget att genomföra s.k. livsstilsundersökningar. Arbetsplatser med få anställda, vilket är merparten av de privata företagen, är inte alltid anslutna till någon FHV varför särskilda metoder bör utvecklas och prövas för denna målgrupp. Här kan exempelvis webbaserade lösningar, med såväl screening som rådgivning via nätet, prövas. En sådan lösning är även ett alternativ som bör utvärderas för de arbetsplatser som inte genomför livsstils- eller levnadsvaneundersökningar.

10.17 Psykiatrisk vård

Personer med psykisk sjukdom löper dubbelt så stor risk att utveckla ett skadligt bruk eller beroende som befolkningen i stort (Regier et al, 1990, Grant et al 2004). Liknande samband finns även för missbruk eller beroende av narkotika.

Alkohol eller droger kan användas som ett medel för att hantera svåra livssituationer, för att kunna sova, för att stå ut med psykiska symtom, för att våga vara bland folk och liknande situationer. Ängest, depression och andra tillstånd kan också utlösas och förstärkas av droganvändning eller hög alkoholkonsumtion. I denna diskussion om vad som är hönan och ägget, orsak eller verkan, kan en del personer hamna mellan stolarna och i värsta fall inte få den adekvata vård de är berättigade till. Resonemang om vad som är det primära problemet är kontraproduktivt utan när alkohol/drog- och

psykiatrisk problematik förkommer jämsides ska också tillstånden behandlas jämsides.

Beträffande riskbruk pekar studier på att cirka var fjärde patient som söker psykiatrisk öppenvård har ett samtidigt riskbruk av alkohol. (VLL, 2006) Andelen är högre i de yngre åldersgrupperna, särskilt bland kvinnor, där drygt varannan kvinna har riskabla/skadliga alkoholvanor. Unga kvinnor är samtidigt en grupp som söker psykiatrisk vård oftare än andra. Omvänt sågs att drygt hälften av de med riskbruk i en primärvårdspopulation bejakade symtom på samtidig ångest och/eller depression (VLL 2005). Det är dock inte alltid som riskabla alkoholvanor uppmärksammas inom den psykiatriska vården, även om det finns positiva resultat av kort rådgivning. I en studie från Lund och Uppsala randomiserades patienter inom den psykiatriska öppenvården, som hade ett riskbruk enligt AUDIT, till två grupper. I den grupp som fick feedback med råd och ett samtal i motiverande anda hade nästan hälften reducerat sin konsumtion till låg risk efter sex månader, jämfört med cirka 30 procent av kontrollgruppen (Eberhard et al., 2009). Vidare kunde Hulse och medarbetare visa att patienter med samsjuklighet som fått ett motiverande samtal alternativt information, i en femårsuppföljning hade ett minskat vårdbehov mätt i antal vård dagar och antal vårdtillfällen jämfört med en kontrollgrupp (Hulse & Tait, 2003). Korta interventioner har således god effekt men det kan konstateras att möjligheten inte utnyttjas i den utsträckning som det är befogat.

Personer med mångfacetterade problem kan vara i behov av stöd från flera aktörer och samverkan och enkla kontaktvägar är viktiga. I Socialstyrelsens riktlinjer betonas att om man inom socialtjänsten misstänker att en person med missbruks- eller beroendeproblematik också har en samtidig psykisk störning, eller somatisk sjukdom, så ska kontakt omedelbart tas med sjukvården för bedömning. Samarbete och samverkan mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst måste vara smidiga för att underlätta för patienten/klienten att få samordnat och adekvat stöd.

Den psykiatriska vården har inte varit en prioriterad arena för riskbruksprojektet men det finns lokala initiativ tagna. Även här finns ett behov av kunskap, metodik och rutiner för att öka uppmärksamheten på eventuell alkohol- eller drogproblematik. Det samma gäller också i hög utsträckning för barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet.

10.18 Akutsjukvården

Alkohol och särskilt berusningsdrickande kan ge upphov till olika former av traumatiska skador, vilka leder till behov av akutsjukvård. Fallolyckor, trafikolyckor, skador till följd av våld, alkoholförgiftning, överdoser, självmordsförsök är några tillstånd som kommer till akuten. I en genomgång av amerikanska studier fann forskarna att närmare var tredje patient (31 procent) som behandlats inom akutsjukvården och hälften (50 procent) av de med svåra skador i behov av intensiv- eller sjukhusvård, screenade positivt för alkoholproblem (D'Onofrio & Degutis, 2002). I jämförelse med primärvården hade patienterna inom akutsjukvården upp till tre gånger oftare erfarenhet av ett tyngre missbruk och fler negativa konsekvenser (Cherpitel, 1999). En alkoholanamnes och kort rådgivning i samband med att en person söker vård vid en akutmottagning har visat på positiva resultat (Monti et al., 1999).

Övriga sjukhuskliniker har också möjlighet att utifrån patientens symtom eller sjukdomsbild ta upp alkoholvanorna med patienterna. Ortopedi, kardiologi, infektion, kvinnokliniken och STI-mottagningen utkristalliserade sig som mottagningar med högre andel patienter med riskbruk i en enkätstudie i väntrummen vid sjukhusen i Västerbotten (VLL, 2008). Det visar sammantaget på hälso- och sjukvårdens goda möjligheter till tidig intervention.

10.19 Dags att tänka utanför boxen

Det finns nu flera skäl att börja tänka utanför boxen inom beroendområdet. Som framgår av tidigare avsnitt når det befintliga vård- och behandlingsutbudet inte fram till stora delar av sin målgrupp. Dels är denna dåligt känd bland såväl behandlare som beslutsfattare inom området. Dels används behandlingsmetoder som för många inte är tilltalande. En stor andel av de beroende finns i åldergruppen 18–30 år. För denna åldersgrupp är beroendevården särskilt illa rustad. Behandlingsutbudet är i hög grad anpassat till den klassiske alkoholisten i 50-årsåldern, vilket naturligtvis är en viktig förklaring till att så få andra söker sig dit.

Det är bland annat dags att göra marknadsundersökningar. Vi vet helt enkelt inte vilka preferenser personer med olika grad av alkoholberoende har. Vill de träffa en behandlare? Eller en coach? Föredrar de att prata med någon på en telefonhjälpplinjé? Eller

något annat alternativ: behandling via Internet, antingen anonymt eller genom personlig kommunikation, självhjälplitteratur, kurser, föreläsningar, m.m. I många fall är anhöriga och andra närstående mer angelägna än den beroende själv; här kan behandling ofta inledas genom dessa närstående.

Även om forskningen inom detta område är i sin linda är flera av dessa alternativ studerade. Självhjälp kommer man långt med exempelvis. I själva verket talar forskningen för att personer med låg eller måttlig grad av alkoholberoende har större nytta av självhjälpsmanualer än av terapeutledd behandling. Detta är känt sedan länge; fem studier från 1980- och 1990-talet belägger detta (Miller & Taylor 1980, Miller et al. 1981, Sanchez-Craig et al. 1989, Harris & Miller 1990, Sanchez-Craig et al. 1991). Om vi beaktar detta förhållande och till det lägger en stor andel unga vuxna med alkoholberoende som nästan alla har tillgång till Internet, blir slutsatsen att alkoholbehandling i betydande grad bör flytta ut från kontoret till nätet. En del sådana försök har också gjorts på senare år i Sverige. Mest känt är *Alkoholhjälpen* (www.alkoholhjalpen.se) som är uppbyggd på kognitivt beteendeterapeutiska principer och har ett motivationellt förhållningssätt. Under 2008 besöktes sidan av sammanlagt cirka 30 000. Påföljande år, 2009, steg antalet besök till cirka 85 000 personer på årsbasis. Hittills under 2010 har sidan cirka 500 besök per dag. På sidan är det delen "Hjälp dig själv" som har varit populärast. Därefter kommer informationsfilmerna "Motivera dig", följt av avsnitten till anhöriga och sist de som riktas till kompisar. Detta kan förklaras av att marknadsföringen av sidan främst varit riktad till personer som vill ändra sin egen konsumtion. Forumet där användarna kan diskutera med andra och med FHI:s kontaktperson, är en fristående del av alkoholhjälpen som blivit alltmer populärt. Under 2009 var nästan hälften av alkoholhjälpens besök även besök på etta forum. Alkoholhjälpen är i skrivande stund under vetenskaplig utvärdering. Ett liknande webbprogram i Holland har utvärderats med goda resultat (Riper et al, 2008).

Självhjälpsprogram på nätet, liksom andra insatser som ligger utanför den traditionella behandlingsorganisationen, står och faller med marknadsföring. Det är väl känt att målgruppen är mycket intresserad av information (vilket i sig motsäger att tillståndet präglas av förnekelse). Utvärderingen av *Alkoholprofilen* (www.alkoholprofilen.se) ett självtestprogram som lanserades av Alkoholkommittén och som nu drivs av Systembolaget, visade att den grupp som mer än andra gick in och testade sina alkoholvanor

var högkonsumenter i åldersgruppen 18–25 år. Man kunde också notera att besöksstatistiken på *Alkoholprofilen* i hög grad varierade med marknadsföring.

Marknadsföringen påverkar även tillströmningen till *Alkohollinjen* (020-48 88 84) som öppnade januari 2007, och som drivs av SLL/KS. Data för 2009 visar på 3 315 samtal, varav majoriteten (59 procent) ringde på grund av eget behov av stöd. Av dessa var 42 procent kvinnor. Var tredje telefonsamtal var från en anhörig, företrädesvis kvinnor. Sammantaget inkom närmare 6 000 samtal men begränsade öppettider och personalbrist medförde att alla inte kunde besvaras. Att problematiken var påtaglig bland de klienter som ringde återspeglas i höga AUDIT-poäng. Medelvärde för männen var 23 och för kvinnor 22 poäng.

Detta kan kännas främmande för den traditionella beroendevården som saknar erfarenhet av att marknadsföra sig. En effekt är att påfallande många inte vet vart man ska vända sig om man har alkoholproblem, eller är oroliga för anhöriga som dricker. Med marknadsföring kan också insatser göras för att påverka de folkliga attityder som fortfarande är förhärskande och som hindrar många att söka hjälp. Framtidens medborgare förväntas också att i större utsträckning använda Internet för hälsofrågor och egenvård, vilket inte minst återspeglas i det pågående projektet om e-hälsa som drivs av Center för eHälsa i samverkan (www.cehis.se).

Anhöriga är i sig en resurs. Även här finns det god forskning, som starkt talar för att behandlingsinsatserna bör vidgas från ett individperspektiv till ett systemperspektiv, där närstående spelar en central roll. Flertalet behandlingsinriktningar kan kombineras med insatser för närstående. När så sker förbättras behandlingsresultaten med cirka 20 procent; dvs. 20 procent fler nyktra dagar, eller 20 procent minskad alkoholkonsumtion. Detta är ungefär den behandlingseffekt som uppnås med moderna läkemedel mot alkoholberoende. Ett intressant exempel på anhörigprogram är CRAFT, ett program som bygger på CRA-metodik, anpassat till anhöriga. Programmet vänder sig till anhöriga till personer som själva inte vill gå i behandling. Efter i genomsnitt fem behandlingssessioner har dock majoriteten av problemdrickarna påbörjat behandling (Meyers et al., 1998).

10.20 Kort behandling bäst

Om vi håller oss till de mer konventionella behandlingsformerna, där människor med alkoholproblem möter en behandlare, finns några konstraintuitiva besked. För personer med måttligt uttalade beroendetillstånd är kortvariga behandlingsinsatser bäst och långvariga behandlingar är kontraproduktiva. Detta sammanhänger med att det här handlar om en stor grupp människor som har en kortare problemhistoria, mindre alkoholskador och mer resurser än de kronikergrupper som behandlingsorganisationen i allmänhet vänder sig till. Detta är personer som inte känner igen sig i behandlarnas eller 12-stegsgruppernas beskrivningar – och som allt som oftast uppfattas som ”förnekande”. Många av dem – men inte alls alla – kan återgå till ett socialt drickande, vilket beror på att deras beroende är begränsat, även om det uppfyller minst tre beroendekriterier enligt ICD eller DSM. Inom AA skulle man ofta säga att de inte är ”riktiga” alkoholister. Deras beroende orsakar dem dock betydande problem. Även om många av dem så småningom mognar ut från beroendet så sker det till ett högt mänskligt pris: försämrade studieresultat, missade karriärchanser, havererade äktenskap – många förlorade livschanser.

Detta kan också uttryckas samhällsekonomiskt. Merparten av kostnaderna – för såväl sjukvård som för samhället i stort – uppkommer bland den stora majoriteten problemdrickare som inte har de svåraste beroendetillstånden. Detta är innebörden av den s.k. preventionsparadoxen, ett begrepp som myntades av Kreitman 1986. Kreitman fann att merparten av alkoholskadorna återfanns inom den större gruppen högkonsumenter med måttligt uttalade alkoholproblem, även om risken på individnivå var högre för den mindre gruppen med de största problemen (Kreitman 1986). Kreitmans resultat har sedan bekräftats i ett flertal studier. I en Schweizisk studie från 2001, klargör dock Gmel och medarbetare att paradoxen i stor utsträckning förklaras av berusningsdrickande. Det vill säga det är en stor grupp personer som har ett berusningsmönster, som står för merparten av de alkoholrelaterade skadorna (Gmel et al., 2001). Också Poikolainen och medarbetare finner i en finsk studie 2007 att betydligt fler dödsfall och vårdtillfällen på sjukhus med alkoholdiagnos inträffar i den större gruppen med mer begränsade alkoholproblem än i den lilla gruppen med de mest uttalade problemen (Poikolainen et al., 2007).

Preventionsparadoxen är ett starkt argument för att bredda basen i behandlingen av alkoholproblem.

10.21 Bas i primärvård och företagshälsovård

Det mesta talar för att denna breddade bas bäst placeras inom hälso- och sjukvården. Inte för att personalen inom socialtjänsten inte skulle kunna lära sig de korta behandlingsprogrammen, men traditionen och miljön talar starkt emot att målgruppen skulle vilja söka sig dit. Men som noterats ovan, finns det även inom den specialiserade beroendevården ett antal institutionella hinder för att effektivt kunna ta sig an denna grupp. Ett antal förhållanden talar i stället för att primärvården och företagshälsovården är de bästa instanserna.

För det första rör det sig om ett mycket vanligt hälsoproblem. Om vi för stunden bortser från gruppen med skadligt bruk så utgör bara de alkoholberoende cirka 300 000 personer. Av dessa kräver cirka 50–100 000 specialistinsatser, men drygt 200 000 gör det inte, dvs. cirka 3 procent av den vuxna befolkningen. De är alltså till antalet jämförbara med andra stora folksjukdomar som depression, astma, diabetes, som den första linjens sjukvård självklart ser som sitt ansvarsområde.

För det andra behöver insatser för beroendeproblem normaliseras. Dessa är vanliga problem och i hög grad en konsekvens av det moderna samhällets funktionssätt. Tillgängligheten till alkohol och andra droger har ökat kraftigt under de senaste generationerna, men attityderna till de som får problem återspeglar fortfarande 1800-talsvärderingar. Vanliga hälsoproblem bör mötas med vanliga åtgärder, dvs. ordinärt, empatiskt bemötande från den allmänna hälso- och sjukvården.

För det tredje finns det behandlingsinsatser för alkoholberoende som inte kräver specialistkompetens. Dit hör de motivationsinriktade programmen. Dessa är korta, 2–4 samtal, med uppföljning. Dessa kan läras ut genom korta utbildningar på 2–3 dagar. Dock är det viktigt att dessa följs upp med handledning. En ännu enklare variant är en form av hälsokontroll för alkoholproblem – *The Drinker's Check Up*, som består av ett enda samtal, kombinerat med ett antal tester. *The Drinker's Check Up* är utvärderad med goda resultat, men föga använd (Miller et al., 1988).

Därtill kan man inom primär- och företagshälsovård genomföra farmakologisk behandling. Två nya läkemedel tillkom under 1990-talet, naltrexon (Naltrexon) och akamprosot (Campral). Båda preparaten leder, i jämförelse med placebo, till en minskning av drickandet med 15–20 procent på gruppnivå, med stora individuella variationer. För många patienter är behandlingseffekten mycket påtaglig. Mot bakgrund av att biverkningsriskerna är begränsade för båda preparaten är det därför rimligt att alla patienter med alkoholberoende erbjuds dessa läkemedel. Användningen är dock fortfarande mycket begränsad. Detta beror delvis på att man initialt ställde som krav att de skulle kombineras med psykoterapi. I många fall innebär detta att medlen inte användes, eftersom psykoterapi på många håll inte är lätt tillgänglig. Senare forskning har dock visat att väl genomförd medicinsk behandling, med provtagning och läkarbesök, har samma effekt som specialistbehandling med KBT-inriktning (COMBINE, 2006).

I avvaktan på att evidensbaserade psykosociala behandlingsprogram görs mer tillgängliga bör därför läkare i primärvård och företagshälsovård inte avhålla sig från att använda dessa läkemedel. Dock bör man tillämpa några basala regler. Uppgiften är att hjälpa patienten att under en tid klara övergången från alkoholberoende till att leva utan alkohol. Under denna tid bör patienten regelbundet besöka en mottagning för att ta prover och träffa en sjuksköterska. De samtal som sjuksköterskan har behöver inte vara långa, men de bör gärna baseras på principerna för motiverande samtal. Det är en stor fördel om patientens partner kan delta vid dessa samtal. För de patienter där dessa insatser inte visar sig tillräckliga bör det finnas möjlighet att hänvisa dem till den specialiserade beroendevården. Utöver behandling med Naltrexone och Campral kvarstår fortfarande behandling med Antabus (Disulfiram) som ett alternativ. Antabus har för många fallit i vanrykte, då flera kontrollerade studier inte kunnat påvisa några positiva behandlingseffekter. I kombination med andra psykosociala åtgärder kan dock Antabus förbättra behandlingsresultaten.

10.22 Samordning prevention – behandling

Det finns starka skäl att samordna de förebyggande och behandlande insatserna inom detta område. I verkligheten finns det ingen skarp gräns mellan riskbruk, skadligt bruk och beroende. Det finns

stora fördelar med att förlägga behandling för beroende till primärvård och företagshälsovård. Om man här systematiskt bedriver screening för alkoholproblem kommer man inte bara att upptäcka personer med riskbruk, man kommer oundvikligen också att upptäcka patienter med beroende. Det är då naturligtvis en fördel att kunna erbjuda behandling inom samma mottagning. Risken när man remitterar patienter till specialistvård är stor att man förlorar en del av dem på vägen. För den beroende är det mindre hotfullt att diskutera alkoholproblem med läkare, sjuksköterskor och kuratorer inom den allmänna hälso- och sjukvården än att göra detta inom den specialiserade missbrukar- eller beroendevården. Man har inom primärvård och företagshälsovård också bättre förutsättningar att väva in individens alkoholproblem i en bredare kontext av hälsa, familj och samhälle än man har i specialistvården. Å andra sidan är det uppenbart svårare att bygga upp samma behandlingskompetens inom primärvård och företagshälsovård för handläggning av de något mer komplicerade beroendetillstånden, och för en del patienter är det naturligt att söka sig dit man uppfattar att kompetensen är störst. Detta förhållande är inte unikt för alkoholproblem, det återfinns mer eller mindre inom alla specialistområden inom medicinen. Mest närliggande är kanske erfarenheterna från depressionsbehandling. Denna sköts nu till övervägande del av icke-specialister, men de mest komplicerade fallen remitteras till psykiatri. Samma ordning borde kunna gälla för beroendeområdet.

För den stora gruppen med lätta eller måttligt uttalade beroendetillstånd finns det få alternativ till hälso- och sjukvården, förutom olika former av självhjälsprogram. Till skillnad från de svåra beroendetillstånden finns här inte sociala problem av den omfattning att de motiverar kontakt med socialtjänsten.

10.23 Alkohol i trafiken

I trafiksäkerhetsarbetet arbetar man långsiktigt mot en nollvision av antalet dödade i trafiken. Ett led i detta arbete är att genomföra ett stort antal utandningsprov för att stävja rattfylleriet. Statistik från åren 1997–2006 visar på en relativt konstant andel på 15 procent av alkoholpåverkade motorfordonsförare inblandade i dödsolyckor (Vägverket 2008). Rattfylleri är i sig ett riskabelt alkoholbruk och projektet Nationell samverkan mot alkohol och

droger i trafiken enligt Skelleftemodellen syftar till att minska återfall i rattfylleri genom att i direkt anslutning till polisens ingripande erbjuda kontakt med kommunens socialtjänst eller med vårdcentral/beroendevård. I den utvärdering som gjorts framgår att cirka 20 procent av de tillfrågade accepterade erbjudandet om kontakt (variation mellan länen 11–51 procent) och 41 procent av dessa genomgick efterföljande samtalsbehandling (vägverket, 2009). Rutinerna kring drograttfylleri för narkotika- och tablettpåverkade bedöms dock kunna förbättras för att få genomslag i landet.

10.24 LOB och TNE

Motivation till förändring varierar över tid och yttre faktorer kan starkt bidra. En möjlighet till tidig intervention finns i anslutning till att någon omhändertas av polis enligt lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB, 1976:511). Polisen ska informera socialtjänsten om omhändertagandet och ärendet ska därefter förhandsbedömas inom socialtjänsten för beslut om att inleda utredning eller ej. Tillämpningen av LOB liksom rutinerna rörande hur dessa ärenden handläggs inom kommunerna varierar emellertid. I den mån det finns tillgång till särskild tillnyktringsverksamhet (TNE) inom kommunen kan den omhändertagne föras dit, vilket kan underlätta efterföljande vård- och behandlingskontakter. Tillgången på tillnyktringsplatser i landet är dock starkt begränsat.

10.25 Barn och ungdomar

Man beräknar att vart femte barn lever i familj där minst en vuxen har ett riskbruk av alkohol. I siffror rör det sig om cirka 385 000 barn (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Avseende allvarligare problematik har Socialstyrelsen angett att 1,2 procent av barnen i Sverige har en förälder som vårdats i slutenvård med en alkohol- och/eller narkotikadiagnos. Med hänsyn till att slutenvård ändå är relativt ovanlig för majoriteten av dem med ett beroende, finns här ett mörkertal. Att tidigt uppmärksamma de barn som växer upp i familjer där det finns en uttalad alkohol- eller drogproblematik är av vikt då dessa, förutom den otrygghet och utsatthet det innebär, i sin tur också löper en ökad risk för att utveckla egen psykiatrisk, eller beroendeproblematik. Beträffande *riskbruk* hos vårdnadshavare

utgör även det en riskfaktor för negativa hälsoeffekter hos barnen, särskilt om det finns samtidiga mindre gynnsamma förhållanden i familjen (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Det ska också samtidigt noteras att vuxna som lever med barn i allmänhet dricker mindre alkohol än de utan barn, med undantag för ensamstående föräldrar, som har riskabla alkoholvanor i lika hög utsträckning som andra.

Alla försök att minska vuxnas, inkluderande föräldrars, riskbruk genom att t.ex. uppmärksamma alkoholvanor inom vården, utgör indirekt stöd till barnen. Aktiviteter som riktar sig mer specifikt gentemot föräldrar finns inom mödra- och barnhälsovården och är tidigare beskrivna i rapporten. Förskola och skola möter, förutom barnen/eleverna, också föräldrarna och kan i sina kontakter, eventuellt i kombination med signaler från barnen, uppmärksamma om alkohol- eller drogproblematik förekommer i familjen. För att personal ska agera korrekt till stöd för barnet behövs bland annat tydliga och kända rutiner för kontakter med socialtjänst och anmälan om barn som far illa.

I de skolundersökningar som årligen genomförs framgår att andelen elever som betecknas som alkoholkonsumenter vid senaste mätningen var den lägsta både i årskurs 9 och i gymnasiet år 2 sedan undersökningarna startade 1971 för niondeklassare och 2004 för gymnasiet (CAN, 2009). Motsvarande andel som inte alls dricker alkohol var 2009 som högst med knappt 40 procent av niondeklassarna och en knapp femtedel av gymnasieeleverna. Berusningsdrickande är förenat med risker i många hänseenden men glädjande nog hade andelen som varit berusade före 13 års ålder också minskat. Störst var minskningen bland pojkarna i gymnasiet, från 20 procent toppåret 2005 till elva procent 2009. Andelen som intensivkonsumerar en gång i månaden eller oftare var drygt 20 procent för både flickor och pojkar i åk 9. För gymnasiet svarade knappt hälften av flickorna och drygt hälften av pojkarna att de intensivkonsumerade någon gång i månaden eller oftare. Beträffande narkotika uppgav nio procent bland pojkarna och sju procent bland flickorna i åk 9 att de någon gång prövat narkotika. I gymnasiet är det en större andel, 17 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna som hade använt narkotika. Andelen för gymnasiet har legat på ungefär samma nivå under hela mätperioden, även om man kan ana en svag ökning i den senaste undersökningen (CAN, 2009).

Statens folkhälsoinstitut har ett pågående regeringsuppdrag att intensifiera arbetet med att aktivt sprida metoder som i grund- och

gymnasieskolan kan förebygga och reducera elevers bruk av alkohol, narkotika, dopningspreparat och tobak. Arbetet, som är en förlängning och utvidgning av tidigare uppdrag Skolan förebygger, sker i samarbete med Skolverket, Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen, Brottsförebyggande rådet och andra aktörer och genomförs i samråd med SKL. Uppdraget benämnt *Skolan förebygger 2*, sträcker sig i nuvarande form till utgången av 2010 med avsikt att verksamma arbetsmetoder därefter ska vara integrerade i ordinarie verksamhet. Ett huvudspår är att utveckla ett gott skolklimat och god lärandemiljö (www.fhi.se). Elever som skolkar bör uppmärksammas inte minst med avseende på alkoholkonsumtionen. I CAN:s studie syns en tydlig samvariation mellan hög alkoholkonsumtion och skolk ett par gånger i månaden eller oftare (CAN, 2009).

Elevhälsan har en särskild möjlighet att i samtal med varje elev arbeta med levnadsvanor i en hälsofrämjande anda. Enligt skollagen ska elever erbjudas minst tre hälsobesök i grundskolan och minst ett besök i gymnasiet hos skolhälsovården. Förutom att hitta oupptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälso-problem, kan och bör också tobak, alkohol- och droganvändning uppmärksammas. Det är vanligt att i detta sammanhang utgå från elevhälsoenkäter och arbete pågår inom Statens folkhälsoinstitut med syfte att ta fram en gemensam nationell elevhälsoenkät.

Möjligheten att avkräva elever urinprov vid misstanke om droganvändning är föremål för diskussion. Skolinspektionen menar att det inte finns något lagstöd för att genomföra påtvingade urinprovstagningar i den kommunala grund- eller gymnasieskolan men säger att om det finns signaler eller misstanke om att en elev missbrukar narkotika ska föräldrar informeras och skolan ska skyndsamt utreda elevens behov av stöd i samarbete med expertis inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst (www.skolinspektionen.se). Polisen har dock möjlighet att kräva urinprov i samband med misstänkt narkotikabrott, vilket också används som en möjlighet att fånga upp ungdomar tidigt. I Stockholm har t.ex. MUMIN blivit en reguljär verksamhet som i korthet innebär att ungdomar erbjuds vård vid Maria ungdom för sitt missbruk, i direkt anslutning till polisens ingripande. Liknande verksamheter finns också på andra håll i landet.

Förutom arbete inom skolmiljön finns möjligheter att inom kommunernas fritidsverksamhet uppmärksamma ungdomar med riskabla alkohol- eller drogvänor. De ungdomar som inte återfinns i någon av dessa verksamheter kan vara svårare att nå. Socialtjänstens

uppsökande fältverksamhet har här en viktig uppgift, liksom socialtjänstens försörjningsstöd.

Hälso- och sjukvården har inte någon självklar kontaktyta med barn och ungdomar i skolåldern. Men vid ungdomsmottagningar möter barnmorskorna flickor/unga kvinnor som söker för preventivmedel, graviditetstester och könssjukdomar. Detta är ett utmärkt tillfälle att ta upp alkoholvanorna till diskussion. Sambandet mellan alkoholkonsumtion och sexuella problem, främst i form av oskyddat sex var enligt CAN:s elevundersökning (2009) den vanligaste negativa konsekvensen bland flickor både i högstadiet och i gymnasiet. Bland pojkarna var det i stället brottsrelaterade problem i form av att ha bråkat eller slagits som var vanligast. Pojkar/unga män kan också vända sig till ungdomsmottagningar men gör det i mindre utsträckning. Med ett ökat utbud i form av särskilda mottagningar/ungdomshälsor ökar möjligheten att fånga upp pojkar/unga män i behov av stöd.

10.26 Dolda narkotikaproblem

Som framgått tidigare är kunskaperna om det dolda alkoholberoendet fortfarande begränsade. Beträffande narkotika är okunskapen ännu större. Här kompliceras diskussionen i ännu högre grad av språkbruk och definitioner. I juridisk mening är allt narkotikabruk ett missbruk, men i medicinsk mening uppfyller de flesta som använder narkotika inte kriterierna för skadligt bruk eller beroende. Detta innebär att det stora flertalet narkotikabrukare inte har något behandlingsbehov. Däremot innebär narkotikabruk per definition ett riskbruk, om inte annat finns en risk för juridiska konsekvenser, men därtill för en rad medicinska konsekvenser. Det finns därför ett behov av kort intervention.

Hur omfattande är då detta riskbruk av narkotika, och hur många har utvecklat ett beroende av narkotika? Bilden är fortfarande fragmentarisk. I ett försök att förbättra kunskapsläget har Statens folkhälsoinstitut nyligen genomfört ett omfattande projekt, Prevalensprojektet, för att kartlägga förekomsten av narkotikabruk i Sverige. Olika metoder har kombinerats. Basstudien var en stor postal enkätundersökning som gick ut till ett slumpurval av 58 000 personer i den allmänna befolkningen. Den viktade svarsfrekvensen var 52 procent. En bortfallsundersökning fann inte någon överrepresentation av narkotikabrukare i bortfallet – även om man ska

vara medveten om att bortfallsundersökningar begränsas till den del av bortfallet som man lyckas få kontakt med. Forskningen talar för att personerna med de tyngsta narkotikaproblemen endast i liten utsträckning deltar i undersökningar av detta slag.

10.27 Regelbundet narkotikabruk inte liktydigt med problematiskt bruk

Basstudien visade att omkring 23 procent av männen och 12 procent av kvinnorna i befolkningen hade använt narkotika någon gång i sitt liv. Detta betyder att cirka 600 000 män och 300 000 kvinnor i åldrarna 15 till 64 år har använt narkotika någon gång. Av alla dessa är det dock en mycket liten del som fortsätter att använda narkotika regelbundet. 2 procent av männen och 0,9 procent av kvinnorna uppgav att de hade använt någon typ av narkotika de senaste 30 dagarna, vilket är det kriterium som använts för att klassificera bruket som regelbundet. Detta motsvarar ungefär 53 000 män respektive 24 000 kvinnor, eller sammanlagt 77 000 personer. I en annan del av Prevalensprojektet genomfördes en registerstudie där antalet problematiska brukare uppskattas till 29 500 personer. Detta betyder att omkring 40 procent av de personer som använder narkotika regelbundet har ett problematiskt bruk.

Trots att dessa beräkningar är behäftade med stor osäkerhet står det ändå klart att det finns en stor grupp personer vars regelbundna narkotikabruk inte leder till att de hamnar i sjukvården eller kriminalvården. I basstudien framgår att bland de regelbundna brukarna hade endast 22 procent av männen och 14 procent av kvinnorna någon gång haft kontakt med sjukvården på grund av sitt narkotikabruk. Vidare att 24 procent av männen och 9 procent av kvinnorna hade någon gång haft kontakt med polisen med anledning av sitt narkotikabruk.

Många personer med ett regelbundet narkotikabruk bekräftar alltså detta när de får frågan i en postal enkätundersökning. Detta är värt att påpeka då det finns en allmän uppfattning att regelbundna narkotikaanvändare antingen inte går att nå med enkätundersökningar eller att de förnekar bruk när de får frågan. Detta hindrar naturligtvis inte att det här ändå kan röra sig om en underskattning.

Narkotikabruk var vanligare i psykosocialt utsatta grupper. Sambanden går ofta, men inte alltid, i förväntad riktning, med

ökande narkotikabruk vid ökande psykosocial problematik. Således ses mer narkotikabruk bland arbetslösa personer eller personer med ekonomiska problem, bland bostadslösa, bland personer med svaga sociala nätverk och med psykisk ohälsa. Däremot ses inga klara samband mellan utbildningsnivå och narkotikabruk, eller mellan inkomster och narkotikabruk. Narkotikabruk var vanligare i storstadsområden än i övriga landet.

10.28 Epidemiologisk paradox

Sammantaget framstår det narkotikabruk som framkommer i denna undersökning som diffust utspritt i befolkningen. Andelarna som använder narkotika är högre bland utsatta personer, men de flesta brukarna tillhör inte utsatta grupper. (Rödner et al. 2007) Det förefaller alltså finnas något av en epidemiologisk paradox även inom narkotikaområdet. Den epidemiologiska paradoxen har stor betydelse för policy så tillvida att man kan inte begränsa behandlings- eller preventionsinsatser till den lilla gruppen med det mest uttalat riskabla beteendet. Även den större gruppen med måttligt förhöjd risk måste beaktas. Som framgår är data för denna diskussion inom narkotikaområdet betydligt mer osäkra än inom andra områden. Dock finns tillräckligt underlag för att kunna dra slutsatsen att det finns en stor grupp personer som använder narkotika regelbundet som inte motsvarar schablonbilden av socialt marginaliserade gatunarkomaner. Många av dem har aldrig haft någon kontakt med vare sig hälso- och sjukvård, socialtjänst eller rättsväsende.

10.29 Screening för narkotikabruk

Hur ska då dessa dolda grupper av narkotikabrukare, såväl riskbrukare som narkotikaberoende, nås? Och vilka insatser bör erbjudas de som nås? För riskbrukarna bör i första hand screening och kort rådgivning erbjudas. Screening innebär att systematiskt fråga alla i en definierad population om narkotikavanor. Detta kan förefalla utopiskt mot bakgrunden av svårigheterna att genomföra screening för alkoholproblem i Sverige. Dock finns det positiva exempel. Från Kanada rapporteras ett sådant, där man tog med narkotikafrågor i ett datorstött livsstilstest för primärvården (Skinner et al., 1985). Inga negativa reaktioner från patienter rapporterades.

Detta inspirerade STAD-projektet i Stockholm att pröva något liknande. Skinners livsstilstest översattes till svenska 1996 och har sedan dess använts brett på många vårdcentraler i Sverige. I samarbete med Apoteksbolaget lades det också in på apotekens kunddatorer. Någon utvärdering av dessa initiativ har ej kommit till stånd, även om data har insamlats på flera håll. Dock noterades vid en granskning av apotekets databas 2002 att på ett år hade flera tusen personer beskrivit att de använt narkotika. Ingen av dessa rapporterade kritiska synpunkter trots att programmet gav möjlighet till detta. Inom STAD-projektet prövades också att utbilda personal inom primärvården i narkotikafrågor, med målsättning att få till stånd screening och kort rådgivning. Projektet ledde till att fler frågor ställdes om narkotika. Däremot förmedlades inte så mycket rådgivning. I stället ökade hänvisningarna till de lokala beroendemottagningarna.

Efter dessa försök har frågeformuläret DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test) tillkommit, som i preliminära utvärderingar visat sig fungera bra som screeninginstrument. DUDIT är i princip likartat AUDIT och kan alltså användas i brett i olika vårdssammanhang som vårdcentraler, socialkontor, häkten etc.

Sannolikt är att det är möjligt att ställa frågor om narkotika inom primärvården, åtminstone om detta görs på ett respektfullt sätt. Vägen dit är dock mänskligt att döma lång, med tanke på erfarenheterna från alkoholområdet, där alkohol ändå är en betydligt mer känd substans. Det är möjligt att det går att ställa frågor om narkotika även inom andra organisationer eller myndigheter, men detta är ännu mindre studerat.

10.30 Motivationsinsatser för dem som upptäcks

Annorlunda förhåller det sig med de narkotikabrukare som blir kända, exempelvis de som grips av polisen för innehav eller försäljning, eller de som identifieras genom drogtester i trafiken eller i arbetslivet. Som framgår ovan utgör dessa personer en liten andel av alla brukare, detta hindrar inte att frågan om vilka åtgärder som är effektiva bör ställas. Goda erfarenheter finns av att hänvisa dessa personer till ett rådgivande samtal. Särskilt för de personer som för första gången blir gripna eller identifierade med anledning av sitt narkotikabruk finns en stor preventionspotential. De liknar här de högkonsumenter av alkohol som hamnar på en akutmottagning till

följd av en alkoholrelaterad skada, där forskning visar att de är mer benägna i denna situation att ta till sig rådgivning beträffande sitt drickande.

Den första uppgiften för de behandlare som tar emot dessa personer är att bedöma graden av beroende och motivation till förändring. Många av dessa personer har varken beroende eller skadligt bruk med tillämpning av ICD- eller DSM-kriterier. Många saknar i vanliga fall motivation till förändring, men det faktum att deras narkotikabruk medfört konsekvenser av juridiskt eller arbetsrättsligt slag skapar en motivationell öppning. Rimligast här är ett samtal där personen ifråga inbjuds att reflektera över sitt narkotikabruk, dess upplevda fördelar och nackdelar, kombinerat med saklig information om effekter och risker med narkotikabruk. Ska ett sådant samtal vara meningsfullt måste en förtroendefull kontakt etableras mellan samtalsparterna.

10.31 Att göra narkotikabehandling attraktiv

Liksom fallet är med många personer med alkoholberoende vill många personer som utvecklat narkotikaberoende bli fria från detta. Men i likhet med de alkoholberoende drar sig många, troligen fler än inom alkoholområdet, för att söka kontakt med de behandlingsalternativ som finns. Hur många socialt integrerade personer som har ett narkotikaberoende är inte känt. Sannolikt varierar detta med drog. Fler klarar att leva med ett cannabisberoende än med ett heroinberoende. Övriga droger faller någonstans däremellan. De problematiska narkotikabrukare som identifieras i olika vårdregister är till övervägande del amfetamin- eller heroinberoende. Men även bland dessa undviker många i det längsta kontakt med vården. Utmaningen är här densamma som för de alkoholberoende: det gäller att göra vården och behandlingen attraktiv för sin målgrupp. Även här finns ett behov av att pröva okonventionella grepp: internet, självhjälp, telefonhjälp linjer. Kanske mer av problemlösning och coaching, mindre av "behandling".

Referenser

- Anderson P & Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, UK. June 2006.
- Andréasson S, Grafman K. Alkoholprevention i primärvården. Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Läkartidningen* 2002; 43 (99): 4252–4255.
- Andréasson S., Hansagi H. & Österlund B. Short-term treatment for alcohol problems: four vs. one session. A randomised, controlled trial. *Alcohol*, 2002; 28: 57–62.
- Andréasson S. (red). Den svenska supen i det nya Europa. Statens folkhälsoinstitut, 2002.
- Babor TF, de la Fuente JR, Saunders JB, Grant M. AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization, 1992.
- Babor, T.F., and Higgins-Biddle, J.C. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abus.* 2007; 28 (3):7–30.
- Babor T (Ed). Alcohol – no ordinary commodity, 2nd edition. Oxford University Press, 2010.
- Beich A, Gannik D, Saelan H, Thorsen T. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice – a pragmatic controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 2007; 42:593–603.
- Berglund M., Thelander S., Jonsson E. (Eds). Treatment of alcohol and drug problems – an evidence based review. Wiley, Weinheim, 2003.
- Berglund, K., Fahlke, C., Berggren, U., Eriksson, M. and Balldin, J. Individuals with excessive alcohol intake recruited by advertisement: demographic and clinical characteristics. *Alcohol*. 2006; 41, 200–204.
- Bergman H, Källmén H. Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet; Sänkt gränsvärde fördubblade andelen kvinnor med riskabla alkoholvanor. *Läkartidningen* 2000; 97(17): 2078-84.

- Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Flemming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and metaanalysis. *Arch Intern Med.* 2005;165:986-95.
- Blomqvist J, Cunningham J, Wallander L, Collin L. Att förbättra sina alkoholvanor – om olika mönster för förändring och om vad vården betyder. En rapport från projektet ”Lösningar på alkoholproblem” FoU-rapport 2007:6 SoRAD-rapport nr 42.
- British Medical Association, Alcohol: Guidelines on sensible drinking. London 1995.
- CAN. Skolelevers drogvanor 2009. Rapport 118. www.can.se
- Cherpitel, C.J. Drinking patterns and problems: A comparison of primary care with the emergency room. *Substance Abuse.* 1999; 20:85–95.
- Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost - effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol,* 2004; 65: 782–793.
- COMBINE Study Research Group. *JAMA* 2006 May 3;295(17):2003-17.
- D’Onofrio, G., and Degutis, L.C. Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine.* 2002; 9:627–638.
- EU Drugs Action Plan for 2009–2012, Official Journal of the European Union, 2008/C, 326/09-25.
- EU – First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy. 2009
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_progress.pdf
- Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *Jama,* 1984; 252 (14): 1905–7.
- Eberhard S, Nordström G, Höglund P, Öjehagen A. Secondary prevention of hazardous alcohol consumption in psychiatric out-patients: a randomised controlled study. *Soc Psychiat Epidemiol* 2009; Dec; 44(12):1013-21.
- Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers:

- long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* 2002 Jan;26(1):36–43.
- Gmel G, Klingemann S, Müller R, Brenner D. Revising the preventive paradox: the Swiss case. *Addiction.* 2001 Feb;96(2):273-84
- Grant B.F. Barriers to Alcoholism Treatment: Reasons for Not Seeking Treatment in a General Population Sample. *J. Stud. Alcohol* 1997; 58: 365–371.
- Grant et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 2004; 61, 807- 816 -368.
- Grella CE, Karno MP, Warda US, Moore AA, Niv N. Perceptions of need and help received for substance dependence in a national probability survey. *Psychiatr Serv.* 2009; Aug; 60(8):1068-74.
- Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. AUDIT-3 and AUDIT-4: Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol & Alcoholism.* 2002; Vol 37, pp 591–596.
- Harris KB, Miller WR. Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy. *Psychol Addict Behav* 1990;4:82–90.
- Hermansson U. Riskbruk av alkohol i arbetslivet. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 2005.(www.can.se)
- Hulse GK & Tait RJ. Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Addiction*; 2005; 98 (8): 1061–1068.
- Kaner EF., Dickinson HO, Beyer FR., Campbell F., Schlesinger C., Heather N et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(2): CD004148.doi:10.1002/14651858.CD004148.pub3.
- Kreitman N. Alcohol consumption and the preventive paradox. *Br J Addict.* 1986 Jun;81(3):353-63.
- Leifman H & Ramstedt M Svenska folkets alkoholvanor under senare år med fokus på 2004–2009 Preliminär version 2009-11-13.
http://www.stad.org/upload/Rapporterprocent20mm/STAD_SoRAD_rapport.pdf

- Lindholm L. Alcohol advice in primary health care--is it a wise use of resources? *Health Policy*. 1998 Jul;45(1):47–56.
- McCarty D., Mc Connell K.J., Schmidt L.A. Policies for the treatment of alcohol and drug use disorders: a research agenda for 2010–2015. Robert Wood Johnson Foundation, 2009. http://www.saprp.org/research_agenda.cfm
- Meyer A & Finney JW. Brief Interventions for Alcohol Problems. Factors That Facilitate Implementation. Vol. 28, No. 1, 2004/2005, 44–50.
- Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS. Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *J Subst Abuse*. 1998;10(3):291–308.
- Miller WR, Taylor CA. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addict Behav* 1980;5:13–24.
- Miller WR, Gribskov CJ, Mortell RL. Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact. *Int J Addict* 1981;16:1247-54.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251–268.
- Miller W, Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing, Preparing people for Change*. Guilford Press. New York (svensk översättning: *Motiverande samtal – Att hjälpa människor till förändring*).
- Monti, Peter M.; Colby, Suzanne M.; Barnett, Nancy P.; Spirito, Anthony; Rohsenow, Damaris J.; Myers, Mark; Woolard, Robert; Lewander, William. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999; Vol 67(6), 989–994.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Alert* 1992; No.16 PH 315.
- Nilsen P, Kaner E, Babor TF. Brief Intervention, Three Decades On – An Overview of Research Findings and Strategies for

- More Widespread Implementation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; Vol 25: 453–468.
- The NHS Confederation, Too much of the hard stuff: what alcohol costs the NHS. Briefing, January 2010, issue 193. <http://www.nhsconfed.org>
- Nordström A & Bodlund O. Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nord J Psychiatry*. 2008; 62, 250–255.
- Poikolainen K, Paljärvi T, Mäkelä P. Alcohol and the preventive paradox: serious harms and drinking patterns. *Addiction*. 2007 Apr;102(4):571-8. Epub 2007 Feb 6.
- Regeringens åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2010. Regeringskansliet. www.regeringen.se
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental health with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *J Am Med Assoc*. 1990; 264: 2511–2518.
- Riper H, Kramer J, Smit F, Conijn B, Schippers G, Cuijpers P. Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*. 2008 Feb;103(2):218-27.
- Sanchez-Craig M, Leigh G, Spivak K, Lei H. Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking. *Br J Addict* 1989;84: 395–404.
- Sanchez-Craig M, Spivak K, Davila R. Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: replication and report of therapist effects. *Br J Addict* 1991;86: 867-76.
- Saunders J, Aasland O, Babor T, De La Fuente J, Grant M. Development of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*. 1993; 88: 791–804.
- Saunders JB, Lee NK. Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Compr Psychiatry*. 2000; 41(2 suppl): 95–103.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001) Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Nr 156/1+2.

- Sigurdsson JA, Getz L, Hetlevik I. Checklistor och screening – ett hot mot konsultationen. *Läkartidningen*. 2004;101:1412-15.
- Skinner HA, Allen BA, McIntosh MC, Palmer WH. Lifestyle assessment: applying microcomputers in family practice. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985 Jan 19;290(6463):212-4.
- Sobell L., Sobell M. Problem drinkers – Guided Self Change Treatment. The Guilford Press, 1993.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. 2007. www.socialstyrelsen.se
- Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (svensk version, uppdateras årligen).
- Socialstyrelsen. Kostnader för alkohol och narkotika. Beräkning av samhällets direkta kostnader 2003. Stockholm 2010.
- Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2008 Feb;34(2):143–152.
- Andréasson S. (red). Den svenska supen i det nya Europa. Statens folkhälsoinstitut, 2002.
- Statens folkhälsoinstitut. Alkohol och hälsa – en kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. 2005. www.fhi.se. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Statens folkhälsoinstitut. Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner. Östersund. R 2008:22.
- Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten, 2009. <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Alkoholvanor/>
- Statens folkhälsoinstitut. Alkoholfrågor i vardaglig hälso- och sjukvård. Riskbruksprojektet – bakgrund, strategi och resultat. Östersund. R 2010:05.
- Rehm J, Gnam W.H., Popva S., Patra J., Sarnocinska-Hart A. Avoidable Cost of Alcohol Abuse in Canada in 2002. Centre for Addiction and Mental Health, Canada, 2008.
- Rödner, S., Hansson, M. & Olsson, B. Socialt integrerade narkotikaanvändare, myt eller verklighet? En studie av unga vuxnas narkotikaanvändande i Stockholmsområdet/. (SoRAD Rapportserie nr 47). 2007. Stockholm: Stockholms universitet, SoRAD.

- Tariq L, van den Berg M, Hoogenveen RT, van Baal PH. Cost-effectiveness of an opportunistic screening programme and brief intervention for excessive alcohol use in primary care. *PLoS One*. 2009 May 27;4(5):e5696.
- The NHS Confederation, Too much of the hard stuff: what alcohol costs the NHS. Briefing, January 2010, issue 193. <http://www.nhsconfed.org>
- Utvärdering av projektet Nationell samverkan mot alkohol och droger i trafiken enligt Skelleftemodellen. 2009; VTI rapport 637.
- Vägverket 2008. Alkoholrelaterad olycksstatistik. En beskrivning av vedertagen data. PM från Vägverket, daterad 2008-02-04.
- Västerbottens läns landsting 2005. Alkoholvanor bland patienter inom primärvården – relaterat till ångest och depression. www.vll.se
- Västerbottens läns landsting 2006. Alkoholvanor bland patienter inom psykiatriska öppenvården. www.vll.se
- Västerbottens läns landsting 2007. Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar inom länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa. www.vll.se
- Västerbottens läns landsting 2008. Alkoholvanor, tobaksbruk och psykisk ohälsa inom somatisk öppenvård www.vll.se
- World Health Organization (WHO). WHO expert committee on problems related to alcohol consumption. WHO Technical Report Series, 944. Second report. Geneva 2007.
- Wåhlin S. Implementering av frågeformulär om levnadsvanor. *Allmän Medicin*. 2009; 4, 27–30.
- Wåhlin S. Att samtala om alkohol. *Läkartidningen*. 2009;37, vol 106, 2289–2292.
- Zarkin GA, Bray JW, Davis KL, Babor TF, Higgins-Biddle JC. The costs of screening and brief intervention for risky alcohol use. *J Stud Alcohol*. 2003 Nov; 64 (6):849-57.

11 Läkemedelsbehandling av beroendetillstånd

Mats Berglund, professor emeritus, Lunds universitet
Johan Franck, professor, Karolinska institutet

Sammanfattning

Läkemedelsbehandling av beroendetillstånd är väletablerat. Evidensläget har dokumenterats i en SBU-rapport 2001 med uppföljningar av Läkemedelsverket 2007 och av Socialstyrelsen 2009. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård presenterades 2007. Läkemedel godkända mot alkoholberoende är disulfiram, akamprosat och naltrexon och mot heroinberoende metadon och buprenorfin.

I artikeln har särskilda frågor rörande läkemedelsbehandling av olika beroendetillstånd belysts med systematiska genomgångar av litteraturen, bland annat rörande utvecklingen av nya läkemedel för behandling olika beroendetillstånd, organisering av behandling med agonister samt konsekvenser vid utskrivning från agonistprogram. Frågeställningar av särskild relevans för den framtida svenska missbruks- och beroendevården diskuteras mot bakgrund av nationell och internationell forskning.

11.1 Agenda

1. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. SBU-rapport, 2001.
2. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen, 2007.
3. Föreskrifter och allmänna råd: Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Socialstyrelsen, 2009.
4. Läkemedelsbehandling av alkoholberoende – rekommendationer. Läkemedelsverket, 2007.
5. Uppdatering av agonistbehandling, systematiska översikter.
6. Uppdatering av agonistbehandling, studier av fängelsepopulationer.
7. Organisation av agonistbehandling.
8. Uppdatering av behandling för amfetaminnarkomani.
9. Redovisning av nya svenska studier (ej inkluderade i SBU-genomgången).
10. Redovisning av svenska och norska studier som studerar effekter av utskrivning från agonistprogram.
11. Integrerad modell för olika läkemedelsbehandlingar inom alkohol- och narkotikaområdet.
12. Konklusioner.

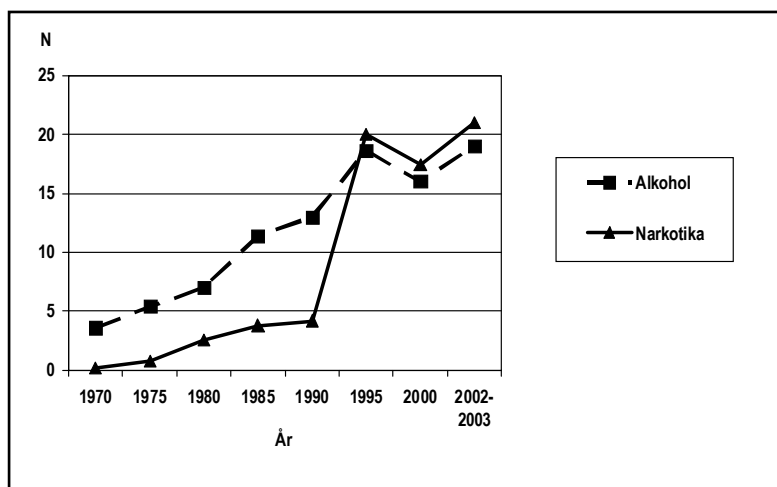
Johan Franck har skrivit avsnittet om ”Uppdatering av behandling för amfetaminnarkomani” och Mats Berglund övriga avsnitt.

11.2 Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. SBU-rapport, 2001

För att avgöra om ett läkemedel har effekt eller ej vid olika typer av beroendetillstånd (liksom vid andra sjukdomstillstånd) krävs i allmänhet studier, där patienterna slumpvis fördelas till en grupp som erhåller den behandling som skall utvärderas eller till en kontrollgrupp. Kontrollgruppen kan erhålla placebo (inte aktiv substans), om detta är möjligt, eller en annan behandlingsmetod (som t.ex. behandling som vanligt). Både patienterna, behandlarna och utvärderarna skall vara "blindade", dvs. ej känna till vem som får vilken behandling. Denna typ av studie benämns randomized controlled trial, RCT. Metoden har dominerat forskningen om effektiva behandlingsmetoder under de senaste decennierna.

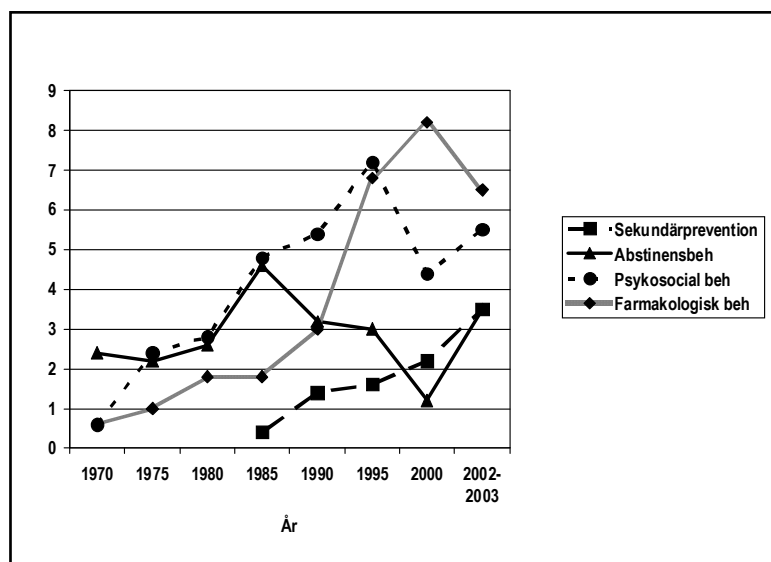
I figur 1 redovisas antalet RCT-studier inom alkohol- och narkotikaområdena under åren fram till SBU-rapporten publicerades. Fram till 1990 dominerade RCT-studier inom alkoholområdet, men i mitten av 1990-talet ökade antalet RCT-studier inom narkotikaområdet. Orsaken var framför allt att USA kraftigt ökade anslagen till narkotikaforskning. Under vårt arbete med SBU-rapporten publicerades ungefär hälften av alla RCT-studier inom narkotikaområdet som ingick i SBU-rapporten. Kunskaper om behandling av narkotikaberoende är ett av de snabbast växande områdena inom behandlingsforskningen.

Figur 1 Antal RCT-studier



I figur 2 redovisas frekvensen av RCT-studier inom olika typer av behandling inom alkoholområdet. Studier av abstinensbehandling var vanliga fram till 1985. Mellan 1975–1995 var psykosociala behandlingsstudier vanligast. Från och med 1995 dominerades forskningsområdet av farmakologiska behandlingsstudier.

Figur 2 Frekvensen av RCT-studier



I arbetet med SBU-rapporten analyserades alla RCT-studier enligt ett systematiskt schema, där effekter och kvalitet bedömdes. Resultaten beskrevs separat för de olika metoderna både för läkemedelsbehandling och för psykosocial behandling. Dessutom analyserades korta interventioner vid riskkonsumtion, graviditet, långtidsförlopp och hälsoekonomiska faktorer.

I SBU:s sammanfattning presenteras slutsatserna om de olika behandlingarnas effektivitet. I den här rapporten redovisas kort en beskrivning av beroendesjukdomarnas förlopp och karakteristika och därefter effekter av läkemedelsbehandling.

11.2.1 Förlopp och diagnos

”Beroende av alkohol och narkotika är ofta ett kroniskt tillstånd, även om det är vanligt med långa perioder av nykterhet. Den beroende kan ofta också ha flera, såväl kroppsliga som psykiska, sjukdomar. Behandlingen måste därför inriktas på både beroendetillståndet och samtidiga sjukdomar och kan behöva upprepas för att förhindra återfall och för att minska skadorna. Denna målsättning liknar den som gäller för behandling av kroniska kroppsjukdomar, som exempelvis för diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.”

”Med beroende menas att alkohol eller narkotika har fått en mycket större betydelse i individens liv ⁿ tidigare och lett till en betydande funktionsnedsättning eller lidande. De internationellt vedertagna kriterierna på beroende är bl.a. att individen förlorat kontrollen över intaget, att abstinensbesvär uppstår och att allt högre doser behövs för att uppnå ett rus. De flesta studier som granskats i denna rapport har tillämpat den amerikanska klassificeringen för diagnos av beroende, det så kallade DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) som, enligt den senaste versionen DSM-IV, innehåller följande 7 kriterier av vilka 3 ska vara uppfyllda under ett års tid för att ett *beroende* kan anses föreligga:

1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
2. Abstinensbesvär när bruket upphör.
3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget.
5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.”

11.2.2 Läkemedelsbehandling av alkoholberoende

”Det finns ett stort antal läkemedel som alltsedan 1950-talet har använts i behandling av alkoholberoende. De tidigare läkemedlen var mindre specifikt inriktade på alkoholberoende jämfört med de som utvecklats under de senaste decennierna. Totalt identifierades 104 publicerade och 16 ej publicerade randomiserade, kontrollerade studier som utvärderat olika läkemedels effekter på alkoholberoende. Praktiskt taget alla läkemedel som under olika tidsperioder använts mot alkoholberoende återfinns i dessa utvärderingar.

De preparat som är godkända av Läkemedelsverket för behandling mot alkoholberoende (acamprosats – Campral och naltrexon – Revia) har väldokumenterade effekter. Acamprosats ökar andelen helnyktra, medan naltrexon minskar alkoholmissbruk när läkemedlet kombineras med effektiva psykosociala insatser som kognitiv beteendeterapi. Även Antabus (disulfiram), som utlöser illamående och obehag vid alkoholkonsumtion, har dokumenterad effekt i form av minskat alkoholintag, men endast när intaget av detta läkemedel sker under övervakning.” – ”För andra läkemedel finns inga effekter på alkoholberoende fastlagda i vetenskapliga studier.”

11.2.3 Läkemedelsbehandling av heroinberoende

”Ett stort antal (70) randomiserade, kontrollerade studier har utvärderat olika typer av läkemedel mot heroinberoende. I de fyra studier, som utvärderat effekterna av behandling med metadon i förhållande till en obehandlad kontrollgrupp, finner man klart positiva effekter; minskat heroinmissbruk och god följsamhet med behandlingen. Doseringen av metadon är viktig. Studierna visar att doser över 50–60 mg brukar behövas för att uppnå goda behandlingsresultat.

Ett alternativ till metadon är buprenorfin, som dock jämförts med placebo i endast en studie. Den visar en positiv effekt av buprenorfin vid heroinberoende. I de jämförelser som gjorts uppvisas likvärda effekter av behandling med metadon och buprenorfin. – Effekterna har mätts i minskat missbruk och kvarstannande i behandlingsprogram. Buprenorfin har allmänt tillskrivits vissa fördelar, som lägre missbruk och minskad risk för överdosering, vilka dock inte är tillräckligt dokumenterade i de studier som granskats.

Ytterligare ett behandlingsalternativ är naltrexon som blockerar effekten av heroin, dvs missbrukaren får ingen ruseffekt av heroin. I motsats till vad som ofta hävdats visar den aktuella sammanställningen en positiv effekt av naltrexon på heroinmissbruk. Naltrexon är dock inte godkänt i Sverige för användning mot heroinberoende.”

11.2.4 Läkemedelsbehandling av kokainberoende

”Totalt 40 studier har värderat effekten av läkemedel mot kokainberoende. Ingen effekt har dokumenterats i dessa studier”.

11.2.5 Läkemedelsbehandling av amfetamin- och cannabisberoende

”Det finns inte heller någon studie som kan demonstrera att något läkemedel är effektivt mot beroende av amfetamin eller cannabis.”

11.3 Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen, 2007

Socialstyrelsen förklarar syftet med de nationella riktlinjerna vara ”att utveckla och förbättra missbruks- och beroendevården. Med nationella riktlinjer som är förankrade hos huvudmännen och andra aktörer ökar möjligheten till en förutsägbar tillsyn. Det innebär att tillsynen över verksamheterna kan bedrivas med stöd av kunskap om vilka metoder och tekniker som är mest effektiva.

För att riktlinjerna ska accepteras krävs att de rekommenderade metoderna grundas på evidensbaserad kunskap. Om en behandlingseffekt inte anses vara helt bevisad, men det ändå finns klara indicier för dess effekt, kan man i stället nöja sig med att ge svagare rekommendationer. Under alla omständigheter ska riktlinjerna grunda sig på ett gediget kunskapsunderlag som tas fram av särskilt utsedda experter.

Ett huvuddokument i detta sammanhang är kunskapsöversikten från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Vidare har Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) publicerat en kunskapsöversikt om behandling av alkoholproblem. Till viss del

har därför arbetet inneburit en komplettering av detta kunskapsunderlag som ska täcka både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser inom området.”

Rapporten från CUS (ordförande Mats Berglund) gjorde ingen systematisk genomgång av behandling med läkemedel och kommer inte att beröras ytterligare i den här rapporten.

I de nationella riktlinjerna lämnas 53 rekommendationer. Här kommer vi bara att redovisa de rekommendationer som gäller läkemedelsbehandling.

11.3.1 Läkemedelsbehandling av alkoholmissbruk och -beroende

”Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Behandling med akamprosat (Campral®) och naltrexon (Revia®) har effekt, särskilt om dessa kombineras med medicinsk rådgivning, stöd och noggranna medicinska uppföljningar (evidensgrad 1).
- Behandling av personer med alkoholmissbruk eller -beroende kan med fördel bedrivas som en kombination av läkemedelsbehandling och samtidig psykosocial stödinsats eller psykosocial behandling (evidensgrad 1).
- Disulfiram (Antabus®) har visat sig ha effekt när intaget sker under överinseende av en annan person, företrädesvis en behandlare (evidensgrad 1). Behandling med disulfiram förutsätter kontroll av leverfunktionen.
- Behandling av alkoholmissbruk och -beroende med antipsykotiska mediciner (neuroleptika), antidepressiva och annan medicin mot ångest har ingen effekt, men kan ha effekt på det psykiatriska tillståndet.
- Behandling av alkoholmissbruk och -beroende med örönakupunktur har enligt expertunderlaget ingen evidens.
- Behandling med implantat av disulfiram (Antabus®) har enligt expertunderlaget ingen bevisad effekt.
- Behandling med neuroleptika mot återfall saknar evidens.”

Rekommendationerna är i överensstämmelse med SBU:s slutsatser.

11.3.2 Behandling av missbruk och beroende av centralstimulantia

”Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Läkemedelsbehandling med disulfiram (Antabus®) (evidens grad 2–3) har gynnsam effekt vid kokainberoende.”

Behandlingsstudierna med disulfiram publicerades efter SBU-rapportens publicering. Inget stöd fanns för andra läkemedel vid narkotikaberoende.

11.4 Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende – Föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen, 2009

I det nationella riktlinjearbetet har Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbruk och -beroende uteslutits. Socialstyrelsen publicerade under våren 2004 en kunskapsöversikt och därefter föreskrifter som började gälla 2005 och som reviderats senast 2009. I kunskapsöversikten diskuteras tre olika typer av läkemedel.

”Dokumentationen är mest omfattande för metadon. Detta medel ger goda effekter för kvarstannande i behandling, minskat missbruk och förbättrad social funktion. Medlet har även en dokumenterad effekt när det gäller att minska dödligheten.

För buprenorfin (Subutex®) finns en mindre omfattande men samstämmig dokumentation med avseende på samma effektmått. Medlet erbjuder en attraktiv farmakologisk profil, eftersom dess partiella agonist-egenskaper begränsar risken för överdos och för att utveckla ett beroende.

Dokumentationen för naltrexon är splittrad, och även om positiva effekter beskrivits på kort sikt verkar få individer genomföra behandlingen. Medlet kan sannolikt få betydelse för patienter i en tidig fas av beroendet, eller för socialt stabila patienter där det finns hög grad av socialt tryck för att kvarstanna i behandlingen.

Behandlingsstrukturen för läkemedelsassisterad behandling är viktig. För både Metadon- och Subutexbehandling finns omfattande och mycket positiva erfarenheter av integrerade kombinationer av läkemedel och psykosocial behandling.”

Rekommendationerna är väl i överensstämmelse med slutsatserna i SBU-rapporten.

11.5 Läkemedelsbehandling av alkoholberoende – Behandlingsrekommendationer. Läkemedelsverket, 2007

En systematisk översikt av randomiserade kontrollerade studier av läkemedel, som var godkända på indikationen alkoholberoende (disulfiram, akamprosat och naltrexon), genomfördes. Endast studier som var publicerade efter SBU-utredningens genomgång av litteraturen inkluderades. Två studier inkluderas med disulfiram, sju studier med akamprosat och 16 studier med naltrexon. I korthet:

- Disulfiram, akamprosat och naltrexon har alla en plats i terapin (Rekommendationsgrad A).
- Alla preparaten kan användas vid behandling av alkoholberoende generellt inom hälso- och sjukvården i kombination med ett omhändertagande som innefattar medicinska råd och stöd (Rekommendationsgrad A).
- Såväl akamprosat som naltrexon har god säkerhetsprofil, saknar beroendepotential och har begränsade biverkningar (Rekommendationsgrad A).”

11.5.1 Motivering

”Säkra epidemiologiska data från Sverige avseende alkoholberoende saknas, men cirka 5 procent (punktprevalens) av Sveriges vuxna befolkning beräknas ha beroende enligt diagnostiska kriterier för alkoholberoende.”

”Det grundläggande förhållningssättet inom hälso- och sjukvården är den patientcentrerade konsultationen. Om alkoholrelaterade hälsoproblem framkommer vid konsultationen kan motiverande samtal leda till minskad alkoholkonsumtion och minskade symtom. Vid konstaterat alkoholberoende kan farmakologisk behandling vara motiverad. Tillgång till specialistkompetens inom psykiatri och beroendevården är en styrka, men behandlingen kan även genomföras som en del av en varaktig patient-/läkarrelation inom primärvården.”

”När naltrexon och akamprosat introducerades betonades vikten av samtidig psykosocial behandling. Flera aktuella studier har dock visat att korta interventioner eller kognitiv beteendeterapi som tillägg till akamprosat inte förbättrar prognosen jämfört med

akamprosatbehandling kombinerat med läkarkonsultation. Det är också visat att man får liknande effekt om naltrexonbehandling kompletteras med medicinska råd och stöd som när behandlingen kombineras med ett kognitivt baserat behandlingsprogram.

Sammanfattningsvis talar dokumentationen för att det vid okomplicerat alkoholberoende räcker om behandlingen med akamprosat eller naltrexon kompletteras med läkarkonsultationer, som innefattar råd och stöd för att kliniskt relevant behandlingseffekt ska uppnås”.

”Disulfiram, akamprosat och naltrexon har alla en plats i terapin av alkoholberoende. Uppföljning av behandlingsresultatet skall göras regelbundet. Vid utebliven effekt två till tre månader efter behandlingsstart bör läkemedelsbehandlingen omprövas och byte till annat preparat övervägas. Behandlingen vid god effekt bör pågå minst sex till tolv månader. Det saknas kontrollerade studier med längre behandlingstid. Beroendet kan vara ett livslångt tillstånd varför det kan bli aktuellt med nya behandlingsperioder.”

11.5.2 Beskrivning av läkemedel för alkoholberoende

Disulfiram

Effekt:

Disulfiram, som började användas allmänt på 1950-talet, verkar genom blockering av enzymet acetaldehyd-dehydrogenas, vilket orsakar ansamling av acetaldehyd i samband med alkoholintag. Acetaldehyd ger upphov till disulfiram/alkoholreaktion: kraftig ansiktsrodnad, känsla av andnöd, hjärtklappning, pulserande huvudvärk, illamående och uppkastningar. Reaktionen kan uppträda redan inom 5–10 minuter hos patient i underhållsbehandling med disulfiram. De kliniska symtomen i samband med alkoholintag kan uppträda upp till 14 dagar efter seponering av disulfiram.

Säkerhet:

Vanligaste biverkningarna är ospecifika symtom som dåsighet, huvudvärk och gastrointestinala symtom, vilka ofta kan relateras till grundsjukdomen. Andra vanliga biverkningar är mani och depressivitet.

Försiktighet bör iaktas vid nedsatt leverfunktion. Disulfiram kan i sällsynta fall ge upphov till hepatocellulär leverskada, vanligen med symtom som vid akut hepatit. Disulfiram ska då omedelbart sättas ut.

Kontraindikationer är hjärtsjukdomar, manifesta psykoser, organisk hjärnskada och aktuell leversjukdom.

Naltrexon

Effekt:

Naltrexon är en specifik opioidantagonist. Verkningsmekanismen vid alkoholmissbruk är inte fullständigt klarlagd, men det antas att det endogena opioidsystemet spelar en roll. Risken för att en liten dos alkohol ska utlösa en alkoholperiod minskar under naltrexon-behandling. Detta kan ha samband med hämning av alkohol-inducerad eufori. Naltrexon verkar även ha effekt på alkohol-begäret (craving).

Säkerhet:

Naltrexon skall ej ges till patienter med akut hepatit, gravt nedsatt leverfunktion eller nedsatt njurfunktion. Naltrexon ska inte ges till opioidberoende patienter under pågående opioidmissbruk, med anledning av risk för akut abstinenssyndrom. Naltrexon ska inte användas tillsammans med opioidinnehållande läkemedel.

Exempel på vanliga biverkningar; huvudvärk, trötthet, aptitlöshet, törst, frossa och bröstsmärtor, nervositet, ångest, nedstämdhet, sömnsvårigheter, hudutslag, led- och muskelsmärk, försenad ejakulation och minskad potens.

Akamprosat

Effekt:

Prekliniska studier har visat att akamprosot utövar en specifik effekt vid alkoholberoende. Akamprosot motverkar hyperexcitation av NMDA-receptorkomplexet. Akamprosot återställer balansen mellan

den hämmande transmittorn GABA och den exciterande transmittorn glutamat.

Säkerhet:

Akamprosats ska inte ges till patienter med nedsatt njurfunktion.

En mycket vanlig biverkan som drabbar mer än en av tio patienter är diarré. Andra vanliga biverkningar är buksmärter, illamående och kräkningar, minskad libido, impotens och frigiditet samt klåda.

Behandlingen med akamprosats bör inledas så snart som möjligt efter upphörd alkoholkonsumtion. Den bör fortsätta även om patienten får återfall.”

11.5.3 Användande av läkemedel för alkoholberoende

Förskrivningen av läkemedel mot alkoholberoende är liten i jämförelse med förskrivning av antidepressiv mediciner, trots att tillstånden är ungefär lika vanliga (Johnson och medarbetare, 2005; Mark och medarbetare, 2008). Detta är en internationell företeelse och förskrivningsmönstret är likartat i Sverige och övriga europeiska länder jämfört med USA. I figur 3 presenteras publicerade data från Sverige 2000–2003. Några större förändringar i förskrivningsmönstret har inte skett under senare år.

I figuren presenteras antalet dygnsdoser per 1 000 invånare för selektiva serotoninupptagshämmare (SSRI), andra generationens antipsykotika, samt alla mediciner för alkoholberoende sammanslagna. Antabus förskrivs ungefär lika ofta som acamprosats och naltrexon tillsammans. Antalet dygnsdoser för läkemedel mot alkoholberoende var 300, för antipsykotiska läkemedel 530 och för SSRI-preparat 20 000. Under perioden låg förskrivningen för läkemedel mot alkoholberoende konstant, medan antipsykotiska läkemedel ökade 20 procent och SSRI-preparat 30 procent.

11.6 Uppdatering av agonistbehandling, systematiska översikter

En uppdatering av litteraturen av underhållsbehandling med metadon och buprenorfin genomfördes i två databaser; Cochrane Controlled Trials Register och PubMed. Vi fann två Cochrane översikter daterade 2008 (buprenorfin jämfört med metadon och placebo) och 2009 (metadon jämfört med inte opioidbehandlade kontroller).

Mattick och medarbetare (2009) jämförde förloppet för patienter med metadonbehandling med förloppet hos icke opioidbehandlade kontroller. Elva studier uppfyllde inklusionskriterierna. Alla var randomiserade kliniska studier, två var dubbel-blinda. Totalt ingick 1 969 deltagare. Metadon var statistiskt sett mer effektivt än inte farmakologiska behandlingar att bevara patienter i behandling och i att minska heroinanvändande. Förloppet var baserat på självrapporter och analyser av urin och hår (sex RCT, RR = 0,66; 95 procent CI: 0,56–0,78). Kriminalitet och dödlighet var inte signifikant minskade i metadongruppen.

Forskarna konkluderar att metadon är en effektiv behandling av heroinnarkomani med hög retention i behandling och reducering av heroinanvändandet jämfört med kontroller.

Mattick och medarbetare (2008) studerade behandlingen med buprenorfin jämfört med metadon och placebo. 24 studier uppfyllde inklusionskriterierna. Totalt ingick 4 497 patienter. Alla var randomiserade kliniska studier och 18 dubbel-blinda. Buprenorfin var signifikant bättre än placebo vad gällde retention i låga doser (RR = 1,50; 95 procent CI: 1,19–1,88), i medelhöga doser (RR = 1,74; 95 procent CI: 1,06–2,87) och i höga doser (RR = 1,74; 95 procent CI: 1,02–2,96). Buprenorfin i medelhöga och höga doser (men ej låga doser) minskade heroinanvändandet.

Buprenorfin som ges i flexibel dosering var mindre effektiv än metadon vad gäller retention i behandling (RR = 1,74; 95 procent CI: 1,02–2,96).

Författarna konkluderar att behandling med buprenorfin är effektivt vid heroinnarkomani. Den är mindre effektiv än metadon i adekvata doser.

Uppdatering av litteraturen visar att både metadon och buprenorfin är effektiva och dessa konklusioner är desamma som i SBU-rapporten 2001. Nyare studier visar att metadon i adekvata doser är något effektivare än buprenorfin.

11.7 Uppdatering av agonistbehandling, studier av fängelsepopulationer

Under de senaste åren har behandling med agonister vid heroin-narkomani använts för olika fängelsepopulationer. En separat uppföljning av randomiserade kontrollerade studier av agonistbehandling i fängelsemiljö genomfördes därför. En sökning i PubMed gav åtta artiklar från fyra olika studier.

11.7.1 Baltimore 1

Kinlock och medarbetare (2002) rapporterade om resultaten efter ett år av agonistbehandling som inleddes i fängelset och fortsatte efter frigivningen. Behandlingen genomfördes med LAAM, ett läkemedel med ungefär samma effekt som metadon, som inte längre används pga. hjärtkomplikationer. Behandlingen inleddes tre månader före frigivningen. 92 procent av klienterna önskade delta. 58 randomiserades till agonistbehandling. 38 av dessa påbörjade behandlingen och 28 fullföljde behandlingen i fängelset. 22 påbörjade behandling efter frigivningen och 11 fortsatte behandlingen under minst sex månader. Forskarna menade att resultaten av agonistbehandling som inleddes i fängelse hade gett lovande resultat.

Kinlock och medarbetare (2005) presenterade senare data från samma studie. I denna artikel rapporteras att 19/20 (95 procent) av klienterna som påbörjade agonistbehandling i fängelset fortsatte behandlingen efter frigivningen jämfört med 3/31 (10 procent) av kontrollerna och 1/13 (8 procent) av de som avböjde deltagande. Hälften av de som fortsatte med behandling efter frigivandet fortsatte minst sex månader. Forskarna konkluderar att resultaten är mycket lovande.

11.7.2 Sydney

Dolan och medarbetare (2003) studerade om metadonunderhållsbehandling reducerade heroinanvändande, sprutdelning och HIV och hepatit C frekvens jämfört med väntelistekontroller i ett fängelseklientel. 382 (64 procent) av heroinberoende klienter accepterade att delta. 191 klienter randomiserades till metadon-

program och 191 till väntelista. 129 i metadonprogrammet och 124 kontroller följdes upp efter fem månader. Heroinanvändande var signifikant lägre i metadongruppen liksom injektioner och sprutdelning. Det förelåg inga skillnader vad gällde HIV och hepatit C.

Författarna konkluderar att det bör övervägas att införa metadonprogram i fängelsesystemet.

Dolan och medarbetare (2005) följde upp samma population efter fyra år. Det förelåg inga dödsfall under metadonbehandling, medan 17 dödsfall inträffade utanför behandling. Återfall i brott var lägst under metadonbehandling över åtta månader (HR 0.3 (95 procent CI, 0,2–0,5; $P < 0,001$)). Ökad risk för hepatit C serokonversion förelåg vid metadonbehandling under fem månader.

Författarna konkluderar att fängelsebaserade metadonprogram bör vara en integrerad del av det totala metadonutbudet.

11.7.3 Baltimore 2

Kinlock och medarbetare (2007) genomförde ytterligare en studie. Fångar med heroinberoende var randomiserade till tre grupper: enbart rådgivning ($n=70$), rådgivning samt remiss till metadonprogram vid frigivningen ($n=70$) samt rådgivning och metadonprogram under fängelseperioden ($n=71$) som fortsatte vid frigivningen. 200 av klienterna kunde följas upp. Antal individer som påbörjade/fortsatte behandling efter frigivningen var 8 procent, 50 procent respektive 69 procent. Dessa skillnader var signifikanta. Positivt prov för opioider efter en månad var 63 procent, 41 procent och 28 procent.

Författarna konkluderar att den aktuella interventionen fyller en viktig funktion för stöd till fångar med heroinberoende.

Gordon och medarbetare (2008) genomförde en 6-månadersuppföljning av samma population. Förloppet var signifikant bättre för de som erhöll metadon i fängelset jämfört med de andra två grupperna både vad gäller deltagande i behandlingsprogram och negativa urinprover.

Kinlock och medarbetare (2009) genomförde en 12-månadersuppföljning av samma grupp. De tidigare resultaten kunde konfirmeras. Gruppen som erhöll metadon i fängelset hade ett medelvärde på 166 dagar i behandling under det första året jämfört med 91 dagar respektive 23 dagar i de två andra grupperna.

11.7.4 Michigan

Magura och medarbetare (2009) jämförde buprenorfin och metadon i en fängelsepopulation. 116 individer randomiserades till endera av preparaten. Det förelåg inga skillnader i användandet under fängelse-tiden. 48 procent av klienterna som erhållit buprenorfin önskade få remiss till särskilt buprenorfinprogram. Motsvarande siffra för metadon var 14 procent. Antalet klienter som ville fortsätta med behandling efter frigivningen var 93 procent mot 44 procent.

Författarna konkluderar att buprenorfin efter frigivandet var mer acceptabelt för klienterna än metadon.

Sammanfattningsvis visar tre randomiserade studier övertygande att agonistbehandling har en viktig funktion att fylla i rehabiliteringen av heroinberoende klienter i fängelsesystemen i USA och Australien. Det är inte självklart att dessa resultat kan föras över till svenska förhållanden. Frekvensen missbruk kan t.ex. variera mellan fängelser i Sverige och i andra länder. En studie visar att klienterna upplever buprenorfin mer positivt än metadon. Ytterligare studier behövs dock innan säkrare slutsatser kan dras.

11.8 Organisation av agonistbehandling

I Sverige är organisation och föreskrifter för behandling med metadon och buprenorfin integrerad och organiserad inom specialistsjukvården för beroendetillstånd eller, om sådan inte finns, inom psykiatrin. Andra typer av organisering är möjliga och flera randomiserade studier har gjorts för att studera effekter av dessa.

11.8.1 Primärvård jämfört med traditionellt metadonprogram

Fiellin och medarbetare (2001) jämförde effekterna av metadon-
underhållsbehandling i primärvården och traditionellt metadon-
program. Heroinnarkomaner med ettårsbehandling utan tecken på
sidomissbruk randomiserades till primärvårdsbehandling på sex
månader (n=22) eller sedvanlig behandling (n=24). Inga skillnader
förelåg vad gällde sidomissbruk. 73 procent i primärvårdsgruppen
jämfört med 13 procent i kontrollgruppen ansåg att vården var
utmärkt, vilket var signifikant på 1-promillenivån. Forskarna kon-
kluderade att uppföljande behandling i primärvården var både

praktiskt möjlig och effektiv för patienter som erhåller metadon-
underhållsbehandling.

King och medarbetare (2002, 2006) studerade effekten av metadonunderhållsprogram vid en allmänläkarmottagning jämfört med vid ett metadonunderhållsprogram efter 6 respektive 12 månader. Patienter som fungerat mycket stabilt i ett sedvanligt metadonunderhållsprogram randomiserades till allmänläkarmottagningen och två kontrollgrupper vid ett traditionellt metadonunderhållsprogram. 72 av 92 patienter fullföljde programmet under ett år. Förloppen var alla positiva med 1 procent positiva urinprover och mycket låg frekvens blandmissbruk. Tillfredsställelsen med behandlingen var god i alla behandlingsgrupper. Forskarna sammanfattar resultaten så att ett metadonunderhållsprogram kan implementeras framgångsrikt vid en allmänläkarmottagning.

Gibson och medarbetare (2003) studerade effekterna av avgiftning och fortsatt behandling av heroinnarkomaner i primärvård jämfört med specialistklinik. Avgiftning genomfördes med buprenorfin under fem dagar och fortsatt behandling med metadon /buprenorfin, naltrexon eller rådgivning efter val av patienten. 115 patienter som sökte behandling för heroinberoende randomiserades till avgiftning och fortsatt behandling i primärvård eller vid specialistklinik. 71 procent fullföljde avgiftningen i primärvården jämfört med 78 procent i specialistvården. 50 procent genomgick fortsatt behandling i primärvården jämfört med 61 procent i specialistvården. Dessa skillnader är inte statistiskt säkerställda. Författarna konkluderar att avgiftning med buprenorfin i primärvård och specialistklinik har likartad effekt och kostnadseffektivitet. Behandling med buprenorfin kan påbörjas i primärvården av utbildade distriktsläkare.

Två av dessa studier visar att metadonbehandling hos stabilt inställda patienter kan överföras till primärvården. Den tredje studien visar att det är både möjligt och effektivt att genomföra avgiftning och inleda fortsatt behandling av patienter med heroinberoende inom primärvården jämfört med specialistmottagningen. Primärvården kan således fylla en viktig framtida funktion för behandling med agonister.

11.9 Läkemedelsbehandling för amfetaminnarkomani

Amfetaminpreparat som missbrukas förekommer som tablett och kapslar, samt i form av gulaktiga kristaller (eller pulver). Alla former av amfetamin kan intas genom sniffning eller genom injicering i venerna. Pulver kan intas oralt, t.ex. löst i vätska, eller inlindat i ett litet papperspaket som sväljs (kallas ibland att "bomba"). Amfetamin förekommer som antingen d/l-amfetamin (= racemiskt amfetamin) eller d-amfetamin (medicinsk rent amfetamin). D-amfetamin (även kallat dex- eller dextro-amfetamin) är den verksamma isomeren medan L-formen i stort sett saknar effekt. D-amfetamin tillhandahålls som läkemedel efter licens från Läkemedelsverket (Metamina®) för ADHD och narkolepsi. Förekomst av d/l-amfetamin i urinprov talar för missbruk av illegalt amfetamin (illegalt tillverkning), medan enbart förekomst av d-formen tyder på missbruk av amfetamin som försålts som läkemedel (men som kan vara köpt på illegalt sätt).

11.9.1 Psykiskt eller fysiskt beroende?

I jämförelse med alkohol och opiater ger centralstimulantia inte lika påtagliga kroppsliga abstinensbesvär. De dominerande symtomen är sömnstörning, oro, ångest och nedstämdhet. I det avseendet kan man säga att centralstimulantia främst ger upphov till ett "psykiskt" beroende. Språkligt sett kan det dock leda tanken fel, så att "psykiskt" beroende framstår som mindre uttalat eller allvarligt, jämfört med "fysiskt" beroende, när det i själva verket kan vara fråga om ett mycket allvarligt tillstånd med starkt drogsug, och hög risk för desorganiserat beteende och återfall i missbruk. Förutom att minska risken för återfall (och fortsatt användning av preparat som kan ge psykiska och fysiska skadeverkningar) är ett viktigt syfte med behandling att minska risken för smittspridning via injektionsredskap.

11.9.2 Abstinensstillstånd i samband med amfetaminmissbruk

Amfetaminabstinensen är uttryck för hypoaktivitet (underfunktion) i det centrala nervsystemet. Trötthet, kraftlöshet, långsamma rörelser, nedstämdhet och koncentrationssvårigheter är vanligt, liksom sömnstörning, där ett inledande onormalt stort sömnbehov följs av

utdragen insomni. Det finns inte någon evidensbaserad läkemedelsbehandling mot abstinenssymtom efter amfetaminmissbruk, men sedvanliga principer för symtomlindrande behandling av oro, sömnstörning och depression gäller, med beaktande av risken med sådana lugnande läkemedel som kan vara beroendeframkallande.

11.9.3 Läkemedel vid centralstimulantiberoende

Det finns inte något specifikt läkemedel för behandling av centralstimulantiberoende. Många patienter med missbruk och beroende har utvecklingsrelaterade kognitiva funktionshinder (t.ex. ADHD), som i vissa fall kan behandlas med metylfenidat (Concerta®, Equazym®, Ritalin®) eller andra centralstimulerande läkemedel, även medicinskt rent amfetamin (dexamfetamin; Metamina®) (se nedan ang. rekommendation från Läkemedelsverket 2009). Detta är ett område under utveckling och som fordrar ett högspecialiserat omhändertagande.

Ett stort antal läkemedel har prövats som återfallsförebyggande behandling mot amfetamin- (och metamfetamin-) missbruk utan att ha visat någon effekt. Exempel på sådana läkemedel är partiella dopaminagonister (aripiprazol), serotonerga preparat (SSRI, ondansetron), mirtazapin (partiell monoamin-agonist/antagonist som främst används mot depression; har viss serotonerg effekt) och olika dopamin- och glutamat-modulerande GABA-agonister (gabapentin, baklofen) samt epilepsiläkemedlet topiramid. Den centralstimulerande substansen modafinil har exempelvis i öppna och singel-blindade prövningar visat en viss effekt på abstinenssymptom efter amfetamin, men i en placebokontrollerad prövning med 80 deltagare kunde ingen effekt påvisas mot amfetaminmissbruket (Shearer et al., 2009). Rökavvänjningsmedlet bupropion, som även har antidepressiva egenskaper, ökar dopamin-koncentrationen i synapser genom att blockera återupptaget av dopamin. Bupropion har jämförts med placebo i två randomiserade prövningar (300 mg dagligen under 12 veckor, i kombination med psykosociala åtgärder) (Elkashef et al., 2008; Shoptaw et al., 2008). I båda fallen saknade bupropion effekt på den primära utfallsvariabeln (amfetaminmissbruk), men i båda prövningarna visade subgruppsanalyser att bupropion minskade intaget av (met)-amfetamin hos patienter med "lätt" eller "måttligt" bruk. För att säkerställa denna eventuella effekt av bupropion fordras fler

studier. Även om flera antidepressiva läkemedel (amlodipin, desipramin, fluoxetin, imipramin) utvärderats i kontrollerade prövningar utan påvisbar effekt på återfall i amfetaminmissbruk, är det viktigt att påpeka att antidepressiva läkemedel kan ha god effekt mot depression även hos patienter med amfetaminberoende.

Opioidantagonisten naltrexon är i Sverige registrerad för behandling av alkoholberoende (Naltrexon®). Naltrexon har i placebo-kontrollerade prövningar visat sig minska amfetamininducerat drogsug (merbegär) hos patienter med amfetaminberoende som erhöll en liten testdos amfetamin (Jayaram-Lindstrom et al., 2008a). I en svensk randomiserad prövning med 80 patienter under 12 veckor sågs en signifikant minskning av andelen urinprover som var positiva för amfetamin i gruppen som behandlades med naltrexon, jämfört med placebo (Jayaram-Lindstrom et al., 2008b). Andelen patienter som var helt amfetaminfria under prövningen var signifikant högre i naltrexongruppen jämfört med placebogrupper. Verkningsmekanismen är inte känd i detalj, men antas vara kopplad till blockad av kroppsegna opioider, som frisätts i samband med intag av amfetamin.

Metylfenidat är ett centralstimulerande läkemedel som är registrerat i Sverige för behandling av ADHD hos barn, men som även används för vuxna. I en finsk 20-veckors randomiserad prövning av långverkande metylfenidat (54 mg dagl), aripiprazol (15 mg dagl; antipsykotiskt läkemedel), samt placebo för patienter med intravenöst amfetaminmissbruk och höggradigt beroende, visade en interimanalys (preliminära beräkningar) att metylfenidat signifikant minskade amfetaminmissbruket jämfört med aripiprazol och placebo. Primärt utfallsmått var andelen amfetaminpositiva urinprover (Tiihonen et al., 2007). Det pågår för närvarande flera kliniska prövningar av såväl metylfenidat som dex-amfetamin. Det finns preliminära data som talar för att behandling med centralstimulerande läkemedel kan öka kvarstannande och eventuellt även minska missbruket, men säkra data från placebokontrollerade randomiserade prövningar saknas fortfarande.

11.9.4 Behandling av ADHD hos personer med missbruk och beroende

Läkemedelsverket har nyligen (2009) meddelat rekommendationer för läkemedelsbehandling av ADHD hos barn och vuxna (i första hand avseende personer utan missbruksproblem, men rekommendationerna innehåller även kommentarer om missbruk).

Läkemedelsverkets rekommendationer för läkemedelsbehandling av ADHD

Läkemedelsbehandling av ADHD ska ses som en del i ett behandlingsprogram, då stödåtgärder visat sig vara otillräckliga.

- Individuellt anpassade behandlingsmål ska beskrivas innan läkemedelsbehandlingen påbörjas.
- Innan läkemedelsbehandling inleds bör
 - förutsättningarna för god följsamhet till behandlingen och behovet av stöd eller hjälpmedel beaktas
 - patient, och i förekommande fall, anhöriga och andra viktiga närstående, utbildas och informeras om läkemedelsbehandlingen
 - skattning avseende tillståndets svårighetsgrad genomföras.
- Korttidsbehandling
 - För behandling av okomplicerad ADHD finns mest erfarenhet av metylfenidat, som får betraktas som förstahandspreparat.
 - Atomoxetin kan övervägas som förstahandspreparat under vissa omständigheter, såsom vid missbruk/risk för missbruk eller annan felaktig användning i familjen alternativt i närmiljön, svåra tics eller allvarlig sömnstörning.
- Långtidsbehandling
 - Endast en mindre del av patienterna fullföljer behandlingen i långtidsstudier. Effekt- och säkerhetsdata är därför mindre övertygande.
- Läkemedelsbehandlingens effekt och säkerhet bör regelbundet utvärderas.

Läkemedelsverket konstaterar att det saknas vetenskaplig evidens för behandling av ADHD hos personer med substansberoende (t.ex. alkohol, amfetamin eller heroin), men att detta förekommer i viss utsträckning i Sverige baserat på beprövad erfarenhet. Det pågår forskning i många länder om värdet av behandling med centralstimulantia för personer med ADHD som även har utvecklat beroende av narkotika eller alkohol. Metaanalyser av studier på barn och ungdomar med ADHD som behandlats med centralstimulantia visar att dessa preparat inte ökar risken för senare missbruk (ett viktigt konstaterande i sammanhanget) (Faraone & Wilen, 2007). För vuxna personer med ADHD och missbruk finns ett antal placebokontrollerade prövningar, som visat att metylfenidat inte minskar ADHD-symtomen jämfört med placebo.

Läkemedelsverket har i sin behandlingsrekommendation konstaterat att missbruket inte ökade i dessa studier, vilket tidigare har varit en farhåga. Dessa kliniska prövningar av metylfenidat har (av försiktighetsskäl) genomförts med doser, som är betydligt lägre än de som förekommer i verkliga behandlingsprogram för patienter med ADHD och missbruksproblem. Kliniska prövningar pågår därför med högre doser, bl.a. i Sverige. Läkemedelsverket rekommenderar tillvidare att läkemedelsbehandling av ADHD för personer med missbruksproblem bör skötas av läkare med särskild erfarenhet av denna patientgrupp. Metylfenidat kan missbrukas, men för en amfetaminmissbrukare är det ett mindre attraktivt preparat jämfört med d- eller d/l-amfetamin (metylfenidat ger inte samma grad av psykisk upprymdhet och belöningskänsla). Spridningseffekterna (langning) måste alltid beaktas men det gäller även många andra psykiatriska läkemedel (sömnmedel mm). Den beprövade erfarenheten av läkemedelsbehandling av ADHD för personer med missbruk/beroende upplevs av många behandlare som positiv, med i vissa fall dramatisk reduktion av patientens missbruk. I situationer där återfall förekommer måste en samlad bedömning göras av värdet av fortsatt läkemedelsbehandling på samma sätt som vid t.ex. underhållsbehandling med opioidagonister.

11.9.5 Amfetaminutlösta psykoser

Med psykos avses ett sjukdomstillstånd med störd verklighetsuppfattning, som innefattar vanföreställningar eller hallucinationer – eller en kombination av sådana symptom. Den mest kända psykosjukdomen är schizofreni, vars exakta orsak inte är klarlagd, men flera välkända substanser kan orsaka psykoser. Akuta amfetaminpsykoser är ofta svåra att särskilja från icke-drogutlösta psykoser, och det kan därför vara viktigt att undersöka om en psykotisk patient har tagit droger. Behandling av amfetaminutlöst psykos sker enligt samma principer som vid andra psykotiska tillstånd genom att erbjuda patienten en lugn miljö och förhindra självskadebeteende och utagerande beteende som kan skada andra. Tvångsåtgärder som innebär fasthållande (t.ex. bältesläggning) kan innebära förhöjd risk för plötslig död (på grund av hjärtstillestånd), även om forskningsläget inte är entydigt på denna punkt. Användning av antipsykotiska läkemedel bör ske med viss försiktighet på grund av risk för blodtrycksfall. Sederande (lugnande) läkemedel

som t.ex. bensodiazepiner kan i vissa fall vara att föredra. Varje akut situation är unik och måste bedömas för sig. Vid extrem aggressivitet med starkt utagerande beteende kan en kombination av ovanstående åtgärder behövas. När det gäller evidensläget för läkemedelsbehandling av amfetaminutlöst psykos finns endast en publicerad randomiserad prövning, med olanzapin och haldol (Shoptaw, Kao & Ling, 2008). Denna visade att medicineringen signifikant minskar psykotiska symptom, och att olanzapin gav mindre biverkningar (främst extrapyramidala symtom) än jämförelsepreparatet haloperidol. Det finns i Sverige en omfattande klinisk erfarenhet av att behandla amfetaminspsykos med såväl anti-psykotiska preparat och bensodiazepiner, där de förra oftast används i situationer med uttalat desorganiserat beteende och aggressivitet.

11.10 Redovisning av nya svenska studier av läkemedel som är godkända för behandling av beroendetilstånd (ej inkluderade i SBU-genomgången)

11.10.1 Buprenorfin jämfört med placebo

Kakko och medarbetare (2003) studerade effekten av buprenorfin jämfört med placebo för underhållsbehandling av heroinberoende. 40 heroinnarkomaner, som inte uppfyllde de dåvarande kriterierna för metadonbehandling i Sverige, erhöll slumpmässigt buprenorfin eller placebo. Alla erhöll också kognitiv beteendeterapi i grupp. Urinprov togs tre gånger per vecka.

Retentionen i behandling efter 12 månader var 75 procent i buprenorfingruppen och 0 i placebogruppen. 75 procent av urinproverna var negativa. Författarna konkluderar att kombinationen buprenorfin och intensiv kognitiv beteendeterapi är effektiv och bör inkluderas till de behandlingsalternativ som bör vara tillgängliga för heroinnarkomani.

11.10.2 Stegvis behandling buprenorfin/metadon jämfört med metadon

Kakko och medarbetare (2007) jämförde stegvis behandling med buprenorfin och metadon med traditionell underhållsbehandling med metadon. Bakgrunden var att både metadon och buprenorfin är effektiva behandlingar mot heroinnarkomani. Effekten är bäst dokumenterad för metadon, men säkerhetsaspekter begränsar användandet. Buprenorfin har mindre risk för överdos och är mer lättadministrerad, men effektiviteten kan vara lägre. Studien genomfördes 2004–2006 och var randomiserad. Under de inledande 24 dagarna var studien dubbel-blind. Därefter fortsatte studien under totalt 6 månader enkel-blind.

96 heroinnarkomaner erhöll slumpmässigt traditionell metadonbehandling eller buprenorfinbehandling med möjligheter till byte vid otillfredsställande effekt. Buprenorfin-/naloxonberedning användes (omöjliggör intravenös injektion). Alla patienter erhöll intensiv beteendeterapi.

Sexmånadersretentionen var 78 procent utan skillnad mellan grupperna. Av de som fullföljde behandlingen i buprenorfin-/naloxongruppen hade 54 procent bytt till metadon. Antalet urinprover som var negativa för opiater ökade över tid och nådde 80 procent i slutet av behandlingen för båda grupperna. Addiction Severity Index förbättrades lika mycket i båda grupperna.

Forskarna sammanfattade att den stegvisa behandlingen fungerade lika bra som initial metadonbehandling. Då buprenorfin har mindre biverkningar än metadon enligt tidigare studier bör buprenorfin vara förstahandspreparat vid heroinnarkomani.

Den aktuella studien är helt genomförd i öppenvård. Kakko och medarbetare menar att den organisation av vården som tillämpats i studien borde generellt kunna användas i svensk narkomanvård. Den specialiserade missbruksvårdens uppgift bör vara att identifiera patienter som har nytta av agonistbehandling. Därefter kan patienten remitteras till öppenvården för att genomföra den stegvisa underhållsbehandlingen. En sådan modell har med framgång genomförts i Norge.

11.11 Svenska och norska studier om förlopp efter utskrivning från agonistprogram

11.11.1 Mortalitet hos HIV-infekterade heroinmissbrukare

Fogelstad och medarbetare (1995) studerade 472 HIV-infekterade heroinberoende missbrukare varav 135 någon gång deltagit i metadon underhållsbehandling. 69 avled under uppföljningsperioden, varav 52 på grund av våldsamma dödsorsaker. De som deltagit i metadonprogram hade en lägre risk för våldsam död (RR = 0,25; CI: 95 procent 0,1, 1,0) än de som aldrig deltagit. Patienter som skrevs ut från programmet hade en högre dödlighet än de som aldrig deltagit i programmet. Dödstaten per 100 observationsår var 0,8, 3,1 respektive 8,9. Alla skillnader mellan grupperna var statistiskt säkerställda. Risken för våldsam död är därför särskilt stor i gruppen som skrivs ut från programmet.

11.11.2 Mortalitet hos de som ansökt om behandling i Stockholms metadonprogram 1988–2000

Fogelstad och medarbetare (2007) studerade dödligheten hos alla som ansökt om att få delta i Stockholms metadonprogram 1988–2000 (N=848). Totalt 185 individer hade avlidit varav 92 i våldsam död inkluderande 67 fall av överdos (73 procent) och 12 fall av suicid (13 procent). 368 individer hade skrivits ut från programmet, vilket utgjorde 54 procent av de som påbörjade behandling. Dödligheten i våldsamma dödsorsaker var 2,5 procent (N=10) per år för de som väntade på behandling, 0,2 procent (N=7) för de som var i behandling och 4,4 procent (N=58) för de som skrivits ut från behandling.

Forskarna studerade också alla fall av dödsfall i Stockholm där metadon upptäcktes vid den rättskemiska undersökningen under 1988–2000. Totalt förelåg 89 fall, varav förgiftning i 70 inkluderande 19 suicid. Huvuddelen av suicidfallen hade erhållit metadon vid smärtbehandling för cancer. Blandförgiftningar var vanligast och förgiftning med enbart metadon förelåg i 17 fall. I två fall kunde förgiftningen kopplas till läckage av metadon från agonistprogram.

Författarna konkluderar att det är viktigt att studera dödligheten både hos de som deltar i programmet och hos de

som skrivs ut från programmet. Vidare är data om dödliga meta-donförgiftningar av vikt för att studera eventuella negativa effekter av läckage från programmen. Olika behandlingsprinciper och inklusionsregler kan leda till olika dödlighetsmönster. Författarna har visat att strikta inklusionsregler kan öka risken för utskrivning med ökad dödlighet som följd.

11.11.3 Förlopp hos heroinberoende individer som initialt behandlats 1989 till 1991 i Stockholm

Davstad och medarbetare (2009) studerade 157 heroinberoende individer som behandlades vid Stockholms metadonunderhållsprogram första gången 1989–1991. Kohorten följdes till 2003. 25 individer deltog i programmet under hela uppföljningsperioden, 38 avbröt programmet och återkom inte, 24 deltog i programmet efter ett avbrott och 45 hade skrivits ut från två behandlingsperioder. De som deltog kontinuerligt i programmet hade låg frekvens sjukhusvård och kriminalitet. De som avbröt efter en period hade efter några år samma höga frekvens kriminalitet som tidigare. De som var i sin andra behandling hade fler sjukhusvistelser än tidigare. De som hade minst två avbrott hade samma höga frekvens av sjukhusvård och kriminalitet som före första behandlingen. Majoriteten har flera avbrott eller återkommer inte efter första utskrivningen. Deras fortsatta förlopp vad gäller kriminalitet och sjukhusvård är detsamma som före den första metadonbehandlingen. Förloppet för de som är i behandling är betydligt bättre än för de som inte är i behandling. Mortalitätsanalysen försvåras av ett lågt antal individer och en hög HIV-frekvens (49 procent).

Långtidsförloppet visar att många inte återvänder till en andra behandlingsperiod och fortsätter med samma destruktiva livsstil. Detta aktualiserar frågan om hur behandlingen kan förbättras för gruppen som inte återkommer till behandlingsprogrammet. Bättre farmakologisk behandling, mer intensiv och förbättrad psykosocial behandling eller kanske (i grannländer) heroinförskrivning.

11.11.4 Samband mellan underhållsbehandling i Sverige 1998 till 2006 och opiatrelaterad dödlighet och sjukhusvård

Romelsjö och medarbetare (2010) studerade om de förändringar som skedde vad gäller underhållsbehandling i Sverige 1998–2006 hade samband med opiatrelaterad dödlighet och sjukhusvård. De samlade in data från behandlingsenheter för underhållsbehandling av heroinbehandling, från försäljning av buprenorfin och metadon samt från dödsregister och sjukvårdsregister.

Under tidsperioden skedde en klar förändring av behandlingsprogrammen mot en mindre restriktiv policy med ökat användande av ”take-away doses” och en minskning av utskrivningar på grund av sidomissbruk av andra droger. Socialstyrelsens föreskrifter ändrades också 2005 mot en mindre restriktiv policy. Sidomissbruk som utskrivningsorsak rapporterades i 30 procent av fallen 2003 jämfört med 17 procent 2005. Behandlingsretentionen under ett år ökade också från 68 procent 2003 till 87 procent 2005.

Försäljningen av buprenorfin och metadon ökade mer än tre gånger från 2000 till 2006. Antal patienter i behandling ökade också mer än tre gånger. År 2000 uppskattades antal patienter i behandling till omkring 800. År 2006 behandlades 2 797 patienter, 1 498 (54 procent) med buprenorfin och 1 299 (46 procent) med metadon. 28 procent var kvinnor och 46 procent kom från Stockholm.

Den opiatrelaterade dödligheten minskade med 20–30 procent mellan 2000–2003 och 2004–2006. Antal opiatrelaterade dödsfall (huvud- eller bidragande orsak) var 310 år 2006. Övrig drogrelaterad dödlighet minskade inte under perioden. Antal fall med positiva prov för buprenorfin eller metadon ökade däremot signifikant under perioden. Huvuddelen av dessa fall hade också positiva prover för alkohol och droger (både illegala och legala). Antal patienter med opiatdiagnos minskade med 13 procent under perioden. Antal patienter var 1 382 år 2006.

Författarna konkluderar att liberaliseringen av den svenska drogpolicyn vad gäller behandling med buprenorfin och metadon har samband med en kraftig ökning av underhållsbehandling, en minskning av opiatrelaterad dödlighet och av sjukhusvård pga. heroinberoende. Samtidigt föreligger en ökning av rättsmedicinska fall med positiva prover för buprenorfin och metadon.

11.11.5 Ökning av metadonrelaterad dödlighet fortsätter

Fogelstad och medarbetare (2010) visade i en studie, med samma tema som i de tidigare studierna presenterade ovan, att dödlighet kopplat till positiva rättsmedicinska tester för metadon har fortsatt att öka under de senaste åren. Författarna diskuterar möjligheter av läckage från de svenska metadonprogrammen som en förklaring. I en ledare i samma nummer av tidskriften ifrågasätts dock denna förklaring (Nilsson, 2010).

11.11.6 Nationell norsk studie

I två artiklar (Clausen et al., 2008; Clausen et al., 2009) undersöktes dödligheten hos alla opiatberoende patienter (N=3789) som erhållit agonistbehandling under 1997–2003. Den totala observationstiden var 10 934 personår. Totalt 213 individer hade avlidit. Dödsorsakerna var överdos i 54 procent av fallen, kroppsliga orsaker i 32 procent och övrig våldsamt död i 14 procent. Före behandlingen var dödligheten per år 2,4 procent varav 1,9 procent i överdos. I behandling sjönk dödligheten till 1,4 procent varav 0,4 procent i överdos. Av de som skrevs ut ifrån behandling ökade dödligheten efter utskrivningen till 3,4 procent per år varav 2,1 procent i överdos.

Forskarna poängterar vikten av en lättillgänglig agonistbehandling för att reducera dödligheten. Vidare är det viktigt med en hög retention i behandlingsprogrammet. Långa väntelister och högtröskelprogram, som exkluderar unga missbrukare, kan medföra en ökad dödlighet i överdoser. När patienten skrivs ut ifrån programmet skall initiativ tagas för att reducera riskerna för överdos. Det är också viktigt att patienterna erbjuds möjligheter att snabbt kunna återuppta behandlingen.

11.12 Integrerad modell för olika läkemedelsbehandlingar inom alkohol och narkotikaområdet

Finns det några övergripande principer som gäller för olika typer av behandlingseffekter oberoende av vilket preparat som missbrukas? Berglund (2005) utgick ifrån SBU-rapportens engelska version (2003) och de beräknade effektstorlekarna vad gällde behandling

för alkohol-, heroin- och kokainberoende. Generellt sett var effektstorlekarna lika stora vid behandling av de tre grupperna. Olika effekt förelåg för tre olika typer av behandling. Agonistbehandling var mest effektiv för alla typer av preparat. Metadon och buprenorfin vid heroinberoende, långverkande amfetaminpreparat för kokainberoende och GHB (användes i södra Europa) för alkoholberoende. Mindre uttalad effekt förelåg för aversiv och blockerande behandling; naltrexon vid heroinberoende och disulfiram vid alkoholberoende. Denna senare effekt är ofta något mer uttalad än farmakologisk behandling av craving och andra beroendesymptom; naltrexon och disulfiram vid kokainberoende och naltrexon och akamprosatsat vid alkoholberoende.

En utmaning för läkemedelsbehandlingarna är att utveckla mediciner mot craving, kontrollförlust och andra centrala beroendemekanismer, som är effektivare än både agonistbehandling och aversiv/blockerande behandling.

11.13 Konklusioner

Läkemedelsbehandling av beroendetillstånd är en väletablerad metodik. Evidensläget har dokumenterats i en SBU-rapport 2001 med uppföljningar av Läkemedelsverket 2007 (alkoholberoende) och av Socialstyrelsen (2009). Socialstyrelsen har också presenterat nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2007. De läkemedel som är godkända av Läkemedelsverket har också god evidens för behandling. Läkemedel godkända mot alkoholberoende är disulfiram, akamprosatsat och naltrexon och mot heroinberoende metadon och buprenorfin.

I den aktuella rapporten genomförs också en uppdatering av agonistbehandling mot heroinberoende. Denna visar att både metadon och buprenorfin är effektiva och konklusionerna är desamma som i SBU-rapporten 2001. Nyare studier visar att metadon i adekvata doser är något effektivare än buprenorfin.

I rapporten har också särskilda frågor belysts med systematiska genomgångar av litteraturen. Vad gäller behandling med agonister i fängelsepopulationer konstateras att denna fyller en viktig funktion för heroinberoende klienter. Denna konklusion är baserad på resultaten av tre randomiserade studier.

I Sverige är organisation och lagstiftning för behandling med metadon och buprenorfin integrerad och organiserad inom specia-

listsjukvården. Andra typer av organisationer är möjliga och tre randomiserade studier har jämfört behandling inom primärvård och specialistvård. Två av dessa studier visar att metadonbehandling hos stabilt inställda patienter kan överföras till primärvården. Den tredje studien visar att det är både möjligt och effektivt att genomföra avgiftning och inleda fortsatt behandling av patienter med heroinberoende inom primärvården jämfört med på specialistmottagningen.

Ett särskilt avsnitt redovisar utvecklingen vad gäller behandling av amfetaminnarkomani. Tidigare har det inte funnits någon läkemedelsbehandling av detta tillstånd. Fortfarande finns inget läkemedel som är godkänt för behandling av detta tillstånd. Flera randomiserade studier visar dock effekt av läkemedel som är godkända på andra indikationer. En svensk randomiserad studie visar effekt av naltrexon och en finsk randomiserad studie effekt av metylfenidat. Omfattande forskning pågår för närvarande inom området.

Rapporten redovisar därefter nya svenska studier. En randomiserad studie visar effekt vad gäller behandling med buprenorfin jämfört med placebo. En annan randomiserad studie visar jämförbar effekt av stegvis behandling med initialt buprenorfin följt av metadon, om effekten av buprenorfin är otillfredsställande jämfört med behandling enbart med metadon.

Patienter som skrivs ut från agonistprogram (i regel ofrivilligt) har en kraftigt ökad dödlighet både jämfört med förhållandena innan och under agonistbehandlingen. Detta redovisas i flera studier med patientpopulationer fram till år 2000. En senare studie visar att antalet utskrivningar har minskat de senaste fem åren. Systematiska nationella studier saknas dock i Sverige inom detta område, varför denna typ av studier redovisas från Norge. Samma resultat kan redovisas som i de tidigare svenska studierna. Det poängteras vikten av en lättillgänglig agonistbehandling, hög retention i behandlingen och initiativ för att reducera överdosrisken vid utskrivningar från programmet.

Referenser

- Berglund M. A better widget? Three lessons for improving addiction treatment from a meta-analytical study. *Addiction*. 2005 Jun;100(6):742-50.
- Berglund M, Andréasson S, Bergmark A, Blomqvist J, Lindström L, Oscarsson L, Ågren G, Öjehagen A. Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt. Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) & Liber Utbildning AB, Stockholm, 2000.
- Berglund M, Thelander S, Johnsson E (Eds.). *Treating Alcohol and Drug Abuse. An Evidence-Based Review*. Weinheim: Wiley-VCH, 2003.
- Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross-registry study. *Drug Alc Dep*. 2008;94:151-7.
- Clausen T, Waal H, Thoresen M, Gossop M. Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death. *Addiction*. 2009;104:1356-62.
- Davstad I, Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A. An 18-year follow-up of patients admitted to methadone treatment for the first time. *J Addict Dis*. 2009;28:39-52.
- Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD: A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug Alcohol Depend*. 2003 Oct 24;72(1):59-65.
- Dolan KA, Shearer J, White B, Zhou J, Kaldor J, Wodak AD: Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*. 2005 Jun;100(6):820-8.
- Elkashef AM, Rawson RA, Anderson AL, Li SH, Holmes T, Smith EV, Chiang N, Kahn R, Vocci F, Ling W, Pearce VJ, McCann M, Campbell J, Gorodetzky C, Haning W, Carlton B, Mawhinney J, Weis D. Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. *Neuropsychopharmacology* 2008;33:1162-70.
- Faraone SV, Wilen TE, Effect of stimulant medications for attention-deficit/hyperactivity disorder on later substance use and the potential for stimulant misuse, abuse, and diversion. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 11:15-22.

- Fiellin DA, O'Connor PG, Chawarski M, Pakes JP, Pantaloni MV, Schottenfeld RS. Methadone maintenance in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001 Oct 10;286(14):1724-31.
- Fugelstad A, Lars AJ, Thiblin I. More and more methadone deaths. "Leakage" from ongoing more liberal treatment programs might be a cause] *Lakartidningen*. 2010 May 5-11;107(18):1225-8. Swedish.
- Fugelstad A, Rajs J, Böttiger M, Gerhardsson de Verdier M. Mortality among HIV-infected intravenous drug addicts in Stockholm in relation to methadone treatment. *Addiction*. 1995; 90:711-6.
- Fugelstad A, Stenbacka M, Leifman A, Nylander M, Thiblin I. Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction*. 2007; 102:406-12.
- Gibson AE, Doran CM, Bell JR, Ryan A, Lintzeris N. A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial. *Med J Aust*. 2003 Jul 7;179(1):38-42.
- Gordon MS, Kinlock TW, Schwartz RP, O'Grady KE. A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: findings at 6 months post-release. *Addiction*. 2008 Aug;103(8):1333-42.
- Jayaram-Lindstrom N, Konstenius M, Eksborg S, Beck O, Hammarberg A, Franck J. Naltrexone attenuates the subjective effects of amphetamine in patients with amphetamine dependence. *Neuropsychopharmacology*. 2008;33:1856-63.
- Jayaram-Lindstrom N, Hammarberg A, Beck O, Franck J. Naltrexone for the treatment of amphetamine dependence: a randomized placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1442-8.
- Johnson BA, Mann K, Willenbring ML, Litten RZ, Swift RM, Lesch OM, and Berglund M. Challenges and Opportunities for Medications Development in Alcoholism: An International Perspective on Collaborations Between Academia and Industry. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(8):1528-40.
- Kakko J, Grönbladh L, Svanborg KD, von Wachenfeldt J, Rück C, Rawlings B, Nilsson LH, Heilig M. A stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional

- methadone maintenance in heroin dependence: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164:797–80.
- Kakko J, Svanborg KD, Kreek MJ, Heilig M. 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2003 Feb 22;361(9358):662-8.
- King VL, Kidorf MS, Stoller KB, Schwartz R, Kolodner K, Brooner RK. A 12-month controlled trial of methadone medical maintenance integrated into an adaptive treatment model. *J Subst Abuse Treat*. 2006 Dec;31(4):385-93. Epub 2006 Aug 14.
- King VL, Stoller KB, Hayes M, Umbricht A, Currens M, Kidorf MS, Carter JA, Schwartz R, Brooner RK. A multicenter randomized evaluation of methadone medical maintenance. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Jan 1;65(2):137-48.
- Kinlock TW, Battjes RJ, Schwartz RP; MTC Project Team. A novel opioid maintenance program for prisoners: preliminary findings. *J Subst Abuse Treat*. 2002 Apr;22(3):141-7.
- Kinlock TW, Battjes RJ, Schwartz RP; MTC Project Team. A novel opioid maintenance program for prisoners: report of post-release outcomes *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2005;31(3):433-54.
- Kinlock TW, Gordon MS, Schwartz RP, Fitzgerald TT, O'Grady KE. A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: results at 12 months postrelease. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Oct;37(3):277-85. Epub 2009 Mar 31.
- Kinlock TW, Gordon MS, Schwartz RP, O'Grady K, Fitzgerald TT, Wilson M. A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: results at 1-month post-release. *Drug Alcohol Depend*. 2007 Dec 1;91(2-3):220-7. Epub 2007 Jul 12.
- Magura S, Lee JD, Hershberger J, Joseph H, Marsch L, Shropshire C, Rosenblum A. Buprenorphine and methadone maintenance in jail and post-release: a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Jan 1;99(1-3):222-30. Epub 2008 Oct 18.
- Mark TL, Kassed CA, Vandivort-Warren R, Levit KR, Kranzler HR. Alcohol and opioid dependence medications: prescription trends, overall and by physician specialty. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Jan 1;99(1-3):345-9. Epub 2008 Sep 25.

- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jul 8;(3):CD002209.
- Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD002207.
- Nilsson LH. [All methadone therapy must be safer]. *Lakartidningen.* 2010 May 5–11;107(18):1213-4. Swedish.
- Romelsjö A, Engdahl B, Stenbacka M, Fugelstad A, Davstad I, Leifman A, Thiblin I. Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000-06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity? *Addiction.* 2010 Jul 12. [Epub ahead of print].
- Shearer J, Darke S, Rodgers C, Slade T, van Beek I, Lewis J, Brady D, McKetin R, Mattick RP, Wodak A. A double-blind, placebo-controlled trial of modafinil (200 mg/day) for methamphetamine dependence. *Addiction.* 2009;104:224–33.
- Shoptaw S, Heinzerling KG, Rotheram-Fuller E, Steward T, Wang J, Swanson AN, De La Garza R, Newton T, Ling W. Randomized, placebo-controlled trial of bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2008;96:222-32.
- Shoptaw SJ, Kao U, Ling WW. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct 8;(4):CD003026. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD003026).
- Socialstyrelsen. Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare – En kunskapsöversikt. 2004. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-110-11>
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. 2007. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-102-1>
- Socialstyrelsen. SOSFS 2004:8. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende. 2004. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2004-8>

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU). Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskaps-sammanställning. SBU-rapport nr 156, vol. I, II, 2001.

Tiihonen J, Kuoppasalmi K, Fohr J, Tuomola P, Kuikanmaki O, Vormaa H, Sokero P, Haukka J, Meririnne E. A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence. *Am J Psychiatry*. 2007;164:160-2.

12 Läkemedelsmissbruk

*Sara Wallhed, leg. psykolog
Stefan Borg, docent och verksamhetschef
Beroendecentrum Stockholm*

Sammanfattning

Det saknas exakta prevalensdata avseende missbruk och beroende av lugnande medel, sömnmedel och analgetika. År 2009 har 2 procent, eller 185 000 personer, i befolkningen minst fyra uttag av lugnande-/sömnmedel samt analgetika med en genomsnittlig dos på minst en DDD. I enkätdata från en befolkningsstudie genomförd av FHI anger 1,1 procent eller 65 000 personer i befolkningen i åldrarna 16 till 64 år problem som korresponderar till missbruk/skadligt bruk. Antalet patienter med vård under diagnos skadligt bruk/beroende beräknas till 13 000 unika patienter per år i hela riket. I ett genomsnittligt län rör det sig alltså om 450–550 patienter per år.

Det finns en gemensam behandlingstradition inom den specialiserade beroendevården i de större städerna. Kompetensen för behandling av patientgruppen är dock ojämn inom sjukvården, och frånvarande inom socialtjänsten. Varje landsting bör ha ett vårdprogram för de här grupperna, och på kliniker och mottagningar bör behandlingsprogram finnas, alternativt vårdavtal med grannlandsting. På specialistnivå inom psykiatri, beroendevård och smärtkliniker bör ett samlat behandlingsprogram finnas. Regionskliniker kan fylla en viktig funktion. Området bedöms vara underbeforskat, och det finns behov av nationella riktlinjer.

Materialet består slutsatser från de möten arbetsgruppen haft, forskningsartiklar, nationella publikationer samt registerdata från Läkemedelsregistret och Patientregistret vid Socialstyrelsen och VAL databaserna.

12.1 Uppdraget

Regeringens särskilde utredare Gerhard Larsson har genom Missbruksutredningen givit en arbetsgrupp i uppdrag

- att föreslå en arbetsdefinition av begreppen läkemedelsmissbruk och läkemedelsberoende
- att ta fram bästa möjliga kunskap om problemets omfattning, utifrån kliniska och socialmedicinska grupper
- att sammanfatta befintligt behandlingsutbud i Sverige
- att ge en bild av kliniskt acceptabla behandlingsmöjligheter
- att skissera en struktur för den vård som bör kunna erbjudas lokalt, regionalt och nationellt
- att skissera en struktur för kontinuerlig kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning på området
- att överväga behov av och former för kompetensutveckling.

Stefan Borg är ansvarig för arbetsgruppen och dess resultat. Han är, specialist i psykiatri och docent vid Karolinska Institutet samt sedan många år verksamhetschef för Beroendecentrum Stockholm.

I arbetsgruppen ingår:

Annica Rhodin, överläkare, med. dr. Akademiska sjukhuset, Uppsala

Bengt Sternebring, överläkare, Beroendecentrum, Malmö

Bo Bergman, docent, Läkemedelsverket

Bo Söderpalm, universitetslektor, överläkare, sektionen för psykiatri, Göteborgs universitet

Eva Edin, överläkare, Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitets-sjukhuset, Göteborg

Helena Löfgren, utredare, Avdelningen för drogprevention, Statens folkhälsoinstitutet

Jenny Sjödin, ordförande i arbetsgruppen för läkemedel och hälsa, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende, RFHL

Monica Hagman, leg apotekare, chef Hälsa och Farmaci, Apoteket AB

Per Sternbeck, förbundssekreterare, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende, RFHL

Pinelopi Lundquist, apotekare, farm. dr., Statistik och Utvärdering, Socialstyrelsen

Stefan Borg, specialist i psykiatri och docent vid Karolinska Institutet. Verksamhetschef vid Beroendecentrum Stockholm.

Sekreterare i arbetsgruppen är:

Sara Wallhed, leg psykolog, Beroendecentrum Stockholm

Arbetsgruppen har sammanträtt vid tre tillfällen under hösten och våren 2010.

12.2 Bakgrund

De läkemedel som rapporten avser omfatta är lugnande medel och sömnmedel (sedativa och hypnotika) samt smärtstillande läkemedel (analgetika av opiat typ). Se bilaga 1 för förteckning över läkemedel.

12.2.1 Sedativa och hypnotika

Inom gruppen lugnande medel och sömnmedel återfinns bensodiazepiner och dess analoger. De första bensodiazepinerna introducerades på 1960-talet. Preparaten ger ångestlindring, lugnande effekt, muskelavslappning och kramplösning. I jämförelse med sina föregångare barbituraterna var de mindre toxiska vid överdosering, och de blev snabbt populära. 1961 kom de första rapporterna om att bensodiazepinerna även har beroendeskapande egenskaper, vilket sedan har påvisats både i prekliniska och kliniska studier (Hollister 1961). 1971 narkotikaklassas bensodiazepinerna. Bensodiazepinernas analoger zopiklon och zolpidem lanserades på 1990-talet, och snart stod det klart att dessa läkemedel har beroendeskapande egenskaper (Hajak et al. 2003). Efter några år narkotikaklassas dessa.

Bensodiazepinerna binds till speciella receptorstrukturer på nervcellerna och påverkar funktioner som kan relateras till transmittorn GABA. GABA utövar en hämmande effekt på hjärnan, vilket bensodiazepinerna förstärker. Bensodiazepinerna delas ofta in i grupper beroende på hur lång tid de ger effekt, vilket även är beroende av medlets halveringstid. Medel med snabb och kortvarig verkan är mer lämpliga som insomningsmedel. Långverkande medel är mer lämpliga som lugnande eller omsomningsmedel. Kortverkande medel ger mer kortvariga men mer intensiva abstinenssymtom än långverkande medel. De med längre duration finns kvar i kroppen längre tid. Läkemedel med kort till medellång verkan kan ha särskild missbrukspotential (American Psychiatric Association 2000).

12.2.2 Analgetika

Opium har använts i medicinskt syfte under en mycket lång tid. Opioider är ett samlingsnamn för de smärtstillande medel som finns naturligt i opiumvallmo samt deras syntetiska analoger. Samtliga opioider har samma verkningsmekanism; de stimulerar opioidreceptorerna i ryggmärgen och centrala nervsystemet och ger smärtlindring genom att hämma smärtimpulser. De indelas vanligen i starka och svaga, beroende på effekten av preparatet. Kodein, dextropropoxyfen och tramadol räknas till de svaga medan morfin, ketobemidon, oxykodon, metadon och buprenorfin räknas till de starka.

12.2.3 Nationella sammanställningar

Vad arbetsgruppen känner till finns det få nationella publikationer på området.

Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation gav 1970 samt 1979 ut skrifter om Sedativa och Hypnotika. 1979 rekommenderar kommittén försiktighet vid förskrivning; att inte förskriva dessa läkemedel vid första besöket, att använda små förpackningar och minsta effektiva doser. Förskrivare uppmanas vara vaksamma för missbruksrisken hos medlen.

Den senaste publikationen från Socialstyrelsen gavs ut 1990 i form av allmänna råd om ”Beroendeframkallande psykofarmaka”. I

de allmänna råden konstaterar Socialstyrelsen att beroendeframkallande psykofarmaka ska ordinerars med största försiktighet, och att det är en svår balansgång mellan behov av läkemedelsbehandling och risk för beroende. På grund av risk för beroendeutveckling vid behandling med bensodiazepiner bör dessa läkemedel användas med stor restriktivitet och bara under korta perioder. Risk för lågdosberoende vid behandling i normala doser under längre tid bör vägas in när långvarig behandling bedöms nödvändig. Extra försiktighet uppmanas vid behandling av patienter med känt eller misstänkt missbruk av alkohol eller narkotika. Vid utsättning rekommenderas att successivt minska dosen för att minska abstinensbesvär.

SBU gav 2001 ut en systematisk litteraturoversikt för "Behandling av alkohol- och narkotikaproblem". Där konstateras att *"studier avseende beroende av bensodiazepiner och andra lugnande läkemedel ingår inte i projektet"*. Översikten innefattar behandling vid heroinberoende men inte analgetikaberoende. I "Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård", utgivna av Socialstyrelsen 2007, gjordes bedömningen att det vetenskapliga kunskapsunderlaget avseende läkemedelsmissbruk och beroende är otillräckligt för att utarbeta riktlinjer. Referensgruppen skriver att dessa *"...former av missbruk och beroende är vanliga inom vården"*. 2009 gav Socialstyrelsen ut föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, SOSFS 2009:27. I denna framgår bland annat att patienter med primärt buprenorfinberoende ej kan erhålla underhållsbehandling med opioider. Under 2010 har SBU gett ut en systematisk litteraturoversikt för "Behandling av sömnbesvär hos vuxna". Där konstateras att *"det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för säkra slutsatser om hur många av dem som behandlas med sömnmedel utvecklar beroende enligt DSM-definitionen"*.

Ett fåtal nationella behandlingsstudier har genomförts under de senare åren. Johansson et al. (1997) genomförde en pilotstudie med 10 dagars nedtrappning av bensodiazepiner, där resultatet var att nedtrappning på denna tid är möjlig utan förhöjning av symtom. Författarna drog slutsatsen att odiagnostiserat kodeinberoende påverkade resultatet. Saxon et al. (1997) genomförde en pilotstudie i syfte att pröva användbarheten av flumazenil vid behandling av bensodiazepinberoende. Flumazenil är en partiell bensodiazepin receptor antagonist med låg aktivitet på GABA receptorerna.

Resultatet av studien är att flumazenil minskar intensiteten av abstinenssymtomen.

Metadonprogrammet i Uppsala har sedan 1994 haft ett särskilt program för behandling av patienter med kronisk smärta och samtidigt opiatberoende. Rhodin et al. (2006) har följt upp 60 patienter och kommit fram till att behandling i metadonprogrammet förbättrar smärtlindring och livskvalitet. Biverkningar kan dock begränsa metodens användbarhet. Bakgrundsfaktorer var smärta i rygg och rörelseapparaten hos 40 procent av patienterna, psykiatriska åkommor hos 68 procent och annan missbruk eller beroendeproblematik än opiatberoende hos 32 procent.

12.3 Diagnos

I Sverige används vanligen två system för diagnostisering av psykiatriska sjukdomar; DSM-IV samt ICD-10. DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, arbetas fram av American Psychiatric Association och används främst inom forskningssammanhang. ICD-10 ges ut av Världshälsoorganisationen (WHO), och är den klassifikation av diagnoser som används kliniskt inom hälso- och sjukvården i Sverige. De två systemen har i stort god samstämmighet, men skiljer sig åt i vissa avseenden.

12.3.1 Missbruk / Skadligt bruk

I DSM-IV (American Psychiatric Association 2000) definieras "missbruk" som:

ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst ett av följande kriterier under en och samma tolv månadersperiod:

- upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet (t.ex. substansrelaterad upprepat arbetsfrånvaro eller dåliga arbetsprestationer; substansrelaterad frånvaro, avstängning eller relegering från skola; substansrelaterad vanskötsel av barn eller hushåll)
- upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada (t.ex. substanspåverkan i samband med bilkörning, arbete med maskiner)

- upprepade substansrelaterade problem med rättvisan (t.ex. att vid upprepade tillfällen bli arresterad för substansrelaterat störande beteende)
- fortsatt substansbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmännisklig natur orsakade eller förstärkta av substans effekterna (t.ex. slagsmål, gräl med partnern om följderna av berusning).

Motsvarande diagnos enligt ICD-10 är ”skadligt bruk”, vilket definieras som:

Bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk (som hepatit vid intravenöst missbruk) eller psykisk (som depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion).

För att diagnos av ”missbruk” eller ”skadligt bruk” ska kunna sättas behövs alltså att substansintaget orsakar negativa konsekvenser för individen.

12.3.2 Beroende

I DSM-IV (American Psychiatric Association 2000) definieras beroende som:

ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst tre av följande sju kriterier under loppet av en och samma tolv månadersperiod:

- tolerans, definierat som endera av följande:
 - ett behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effekt
 - påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen
- abstinens, vilket visar sig i något av följande:
 - abstinenssymtom som är karakteristiska för substansen
 - intag av substans i syfte att lindra eller undvika abstinenssymtom
- substansen används ofta i större mängd eller under en längre period än vad som avsågs
- det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket

- mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen (t.ex. att besöka flera olika läkare för att få recept), nyttja substansen (t.ex. kedjeröka) eller hämta sig från substansbrukets effekter
- viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket
- bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats av eller förvärrats av konsumtionen (t.ex. fortsatt bruk av kokain trots vetskap om kokainbetingad depression, fortsatt drickande trots vetskap om magsår som förvärrats av alkoholen)”.

Enligt ICD-10 (The World Health Organization 1992) ska beroendediagnos sättas om tre eller fler av följande sex symtom förekommit samtidigt under det gångna året:

- stark längtan eller känsla av tvång att ta substansen
- svårigheter att kontrollera intaget
- fysiska abstinenssymtom
- ökad tolerans
- prioritering av substansanvändning högre än andra aktiviteter och förpliktelser
- fortsatt användning trots skadliga effekter.

Skillnaden mellan DSM-IV och ICD-10 är sålunda liten och består av kriteriet

mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen (t.ex. att besöka flera olika läkare för att få recept), nyttja substansen (t.ex. kedjeröka) eller hämta sig från substansbrukets effekter.

12.3.3 Abstinenssymtom

Längd och svårighetsgrad av abstinenssymtom kommer att skilja sig åt beroende på egenskaperna hos den specifika substansen som använts, exempelvis halveringstid (American Psychiatric Association 2000). Abstinenssymtom kan även ha en psykologisk grund, där symtomen är en betingad reaktion till avbrott i intaget av substansen. Symtom som förekommer i abstinensfasen kan också orsakas av andra psykiatriska tillstånd; som ångestsyndrom eller depression (The World Health Organization 1992).

Sedativa och hypnotika

Ju längre tid som läkemedlet används och ju högre dos som tas desto större är risken för svåra abstinenssymtom. Kortverkande sedativa och hypnotika som ger effekt i 10 timmar eller mindre, exempelvis lorazepam och oxazepam, ger generellt sett abstinenssymtom inom 6–8 timmar. På andra dygnet sker ofta en topp i intensiteten av symtomen, och en märkbar förbättring på fjärde eller femte dygnet. För substanser med längre halveringstid, som diazepam, kan abstinenssymtom utvecklas under en vecka, nå sin topp under andra veckan och markant minska under tredje eller fjärde veckan. Andra abstinenssymtom med lägre intensitet, som ångest, sömnsvårigheter och lynnighet, kan finnas kvar i flera månader. Dessa kan misstas för ångestsyndrom eller depression.

Vanliga abstinenssymtom vid dessa läkemedel är:

- Ökad hjärtfrekvens, blodtryck eller kroppstemperatur
- Ökad handtremor
- Sömnsvårigheter
- Ångest
- Illamående/kräkning
- Psykomotorisk agitation.

Även delirium, krampanfall och hallucinationer kan förekomma (American Psychiatric Association 2000).

Opioider

För kortverkande opiater börjar ofta utsättningssymtomen märkas 6–12 timmar efter sista dosen. Symtomen når ofta sin topp efter 1–3 dygn och går gradvis över på 5–7 dygn. För långverkande medel startar utsättningssymtomen efter 2–4 dygn.

Vanliga abstinenssymtom är:

- Dysforisk sinnestämning
- Illamående kräkning
- Muskelvärk
- Rinnande näsa eller ökat tårflöde

- Diarré
- Gäspningar
- Feber
- Sömnsvårigheter.

Även ångest, rastlöshet och irritation är vanligt förekommande (American Psychiatric Association 2000). Mindre akuta abstinenssymtom kan ta veckor till månader innan de går över. Dessa mer kroniska symtom är ångest, dysfori, sömnsvårigheter och drogsug (American Psychiatric Association 2000). Abstinenssymtom i form av smärta kan tolkas som grundproblemet och leda till den onda cirkeln med fortsatt bruk av opioidanalgetika ofta i ökad dosering. Abstinenssmärtan kan således förväxlas med det utlösande smärtproblemet.

12.3.4 Problematisering av beroendebegreppet. Förekommer så kallat lågdosberoende?

Individer som under lång tid tagit bensodiazepiner i terapeutiska doser kan uppvisa symtom på abstinens vid nedtrappning eller vid abrupt utsättning (American Psychiatric Association 2000). Detta har dokumenterats i flera studier (Allgulander 1978; Lader 1991; Petursson et al. 1981; Tyrer et al. 1981), och kan leda till att det blir svårt att sluta med läkemedlen. Vanliga utsättningsymtom vid bruk av bensodiazepiner är oro, ångest och sömnsvårigheter, det vill säga en förstärkning av de ursprungliga symtomen. Dessa symtom kan feltolkas som indikation på behov av fortsatt behandling. Hur stor del av användarna som drabbas och i vilken grad är oklart.

Att i den individuella situationen bedöma om ett ångesttillstånd är helt eller delvis utlöst av läkemedelsberoende är inte möjligt i många fall. Det kan krävas ingående kännedom om patientens bakgrund med mera. Det kan till och med bli nödvändigt med en tids observation, förändring av medicin eller till och med utsättning av medicin för att få ett underlag. Detta innebär att prevalenssiffror i enkät- och intervjuundersökningar men även patientinventeringar kan vara svåra att värdera.

Det är viktigt att påpeka att en beroendediagnos kan sättas även om individen inte utvecklat tolerans, men uppfyller tre av sju

kriterier för diagnos enligt DSM-IV alternativt tre av sex diagnoskriterier enligt ICD-10.

12.4 Prevalens

12.4.1 Sverige

De studier som har gjorts i syfte att undersöka prevalens av användning, regelbundet bruk, missbruk samt beroende av läkemedel har använt olika metodologiska ansatser, varpå resultaten är svåra att jämföra. Det finns därför inte publicerat entydiga prevalenssiffror på området.

12.4.2 Användning av hypnotika, sedativa och analgetika (narkotikaklassade läkemedel) enligt förskrivningsdata

Ett sätt att undersöka användningen av läkemedel är att titta på försäljningsdata.

Allgulander et al. (1977a) undersökte konsumtionen av lugnande medel och kom fram till att antalet tillfälliga konsumenter minskade under 1960-talet, men att ett ökande antal konsumerade dessa medel regelbundet. Vid denna tid svarade kvinnor för den största andelen av konsumtionen.

Boethius et al. (1977) undersökte förskrivning av lugnande- och sömnmedel till befolkningen i Jämtland 1970. Detta år fick 15,5 procent recept på dessa läkemedel. 1,2 procent bedömdes vara regelbundna konsumenter med sju eller fler uttag under ett år.

I den så kallade "Tierpsundersökningen" kom Isacson (1997) fram till att 10 procent i befolkningen under år 1976 hade fått recept på bensodiazepiner. Användningen ökade med stigande ålder, och dubbelt så många kvinnor som män hade fått recept utskrivet. Av dem som hade fått läkemedlet förskrivet använde 65 procent medlet ett år senare. Efter två år var siffran 55 procent och var fjärde person fortsatte att använda läkemedlet under samtliga 13 år som studien pågick. I materialet var högre dos med läkemedel och ålder starka prediktorer för långtidsanvändning. Personer med ett regelbundet bruk tenderade att fortsätta under längre tid jämfört med personer med ett oregelbundet bruk. Av nya användare utvecklade var tionde ett långtidsbruk som pågick i över 10 års tid.

Regionala skillnader i förskrivningen av dessa läkemedel finns även dokumenterat, bland annat av Henricson et al. (1999), där man fann en högre förskrivning av kodein i Göteborg och Malmö jämfört med Stockholm och resten av landet.

Såväl Jämtland som Tierpsundersökningarna studerar endast användningens omfattning och inte de medicinska orsakerna.

12.4.3 Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om läkemedel som expedierats mot recept på apotek. Nedan anges antalet patienter i hela riket, 18 år eller äldre, som under det angivna året haft minst fyra uttag av receptbelagda hypnotika, sedativa och opioider (se bilaga 1 för förteckning). Med DDD avses definierad dygnsdos av aktuellt läkemedel.

Antal personer med minst fyra uttag av angivna läkemedel under år 2006 enligt Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Indelning utifrån konsumerat antal normala dygnsdoser (DDD) i genomsnitt per dag.

Tabell 1

	> 2 DDD	1–2 DDD	< 1 DDD
Hypnotika, Sedativa och Opioider (alla substanser i bilaga 1)	54 059 eller 0,8 % i befolkningen	126 661 eller 1,8 % i befolkningen	335 604 eller 4,7 % i befolkningen
Hypnotika/Sedativa	33 327	103 149	242 146
Opioider *	10 685	24 536	133 408

* exklusive buprenorfin, buprenorfin kombinationer och metadon

Antal personer med minst fyra uttag av angivna läkemedel under år 2009 enligt Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Indelning utifrån konsumerat antal normala dygnsdoser (DDD) i genomsnitt per dag.

Tabell 2

	> 2 DDD	1–2 DDD	< 1 DDD
Hypnotika, Sedativa och Opioider (alla substanser i bilaga 1)	59 513 eller 0,8 % i befolkningen	132 639 eller 1,8 % i befolkningen	352 755 eller 4,8 % i befolkningen
Hypnotika/Sedativa	37 694	110 192	257 313
Opioider *	10 881	25 383	142 677

* exklusive buprenorfin, buprenorfin kombinationer och metadon

Under åren 2006–2008 gjorde 85 323 individer minst fyra uttag av hypnotika, sedativa och/eller opioider vars sammanlagda läkemedelsmängd motsvarade en förbrukning av två eller fler normala dygnsdoser i genomsnitt per dag och under ett år. Av dessa hade 6,4 procent, eller 5 480 personer, vårdats under diagnos skadligt bruk eller beroende av opiater eller hypnotika/sedativa (Läkemedelsregistret samt Patientregistret, Socialstyrelsen).

Förutom regelbundenhet i uttag i form av minst fyra uttag på ett år finns här möjlighet att studera ett dygnsuttag som är högre än 1 Definierad daglig dygnsdos. Detta kan innebära att en toleransökning inträtt, att individen tagit högre doser för att erhålla exempelvis berusningseffekter men också att det krävts högre doser för att få effekt på det medicinska tillståndet exempelvis svår kroppslig smärta, stark ångest eller svår sömnstörning.

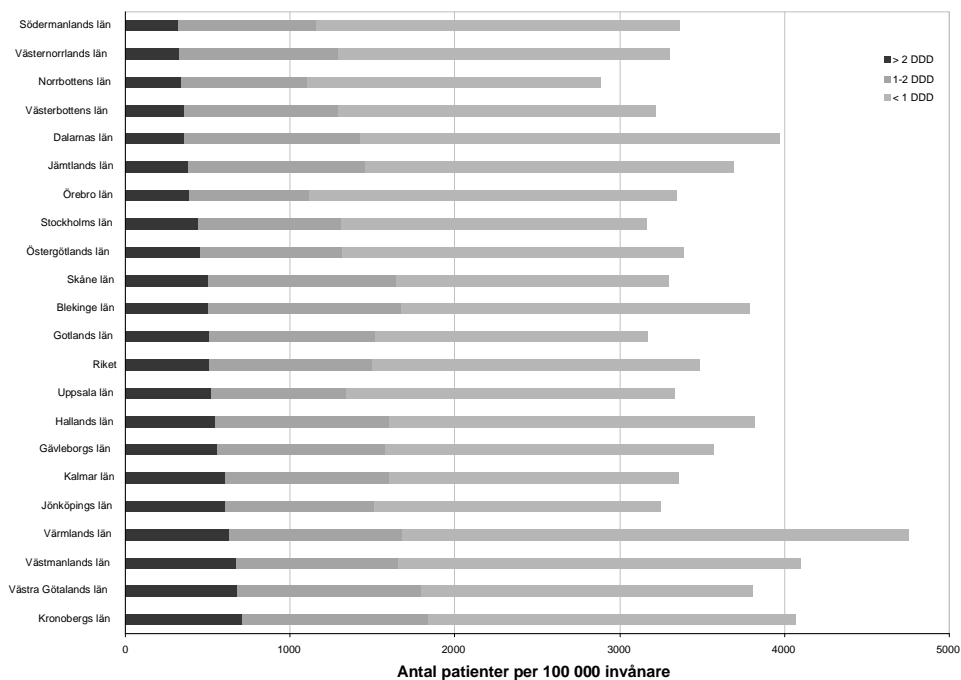
Geografisk fördelning

I tabellerna nedan visas data uppdelade över patienters hemlandsting. Resultaten visar på regionala skillnader i förskrivningsmönster.

Antal personer med minst fyra uttag av sedativa/hypnotika under 2009 enligt Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Indelning utifrån definierad dygnsdos, DDD, och patienters hemlandsting.

Figur 1

Antal patienter, 18 år eller äldre, med minst 4 uttag av sedativa/hypnotika under 2009

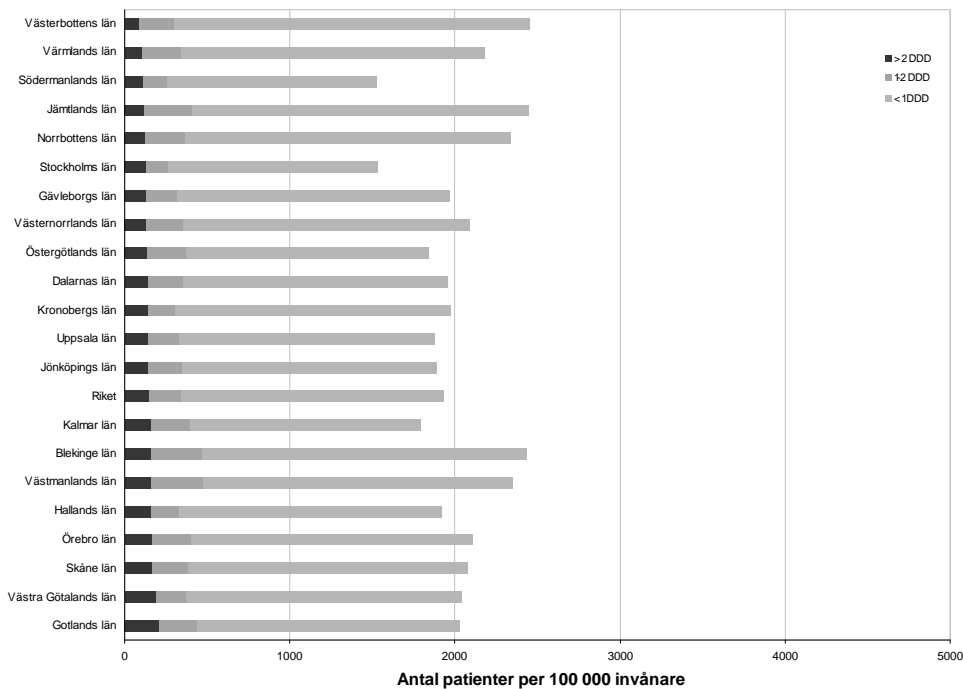


Som framgår av diagrammet finns en viss geografisk spridning vad gäller sedativa/hypnotika.

Antal personer med minst fyra uttag av opioider, exklusive buprenorfin, buprenorfin kombinationer och metadon, under år 2009 enligt Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Indelning utifrån definierad dygnsdos, DDD, och patienters hemlandsting.

Figur 2

Antal patienter, 18 år eller äldre, med minst 4 uttag av opioider, exklusive buprenorfin, buprenorfin kombinationer och metadon, under 2009



12.4.4 Vård för skadligt bruk/beroende av hypnotika/sedativa respektive analgetika enligt Socialstyrelsens Patientregister

Nedan anges antal patienter i hela riket, 18 år eller äldre, som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård med diagnos skadligt bruk eller beroende av hypnotika/sedativa respektive opiater enligt ICD-10 kriterierna.

Antal unika patienter i hela riket, 18 år eller äldre, vårdade inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård med ICD-10 diagnos skadligt bruk eller beroende av hypnotika/sedativa respektive opiater enligt Patientregistret vid Socialstyrelsen.

Tabell 3 Antal patienter med beroende av hypnotika/sedativa respektive opiater enligt ICD 10

År	Hypnotika/Sedativa	Opiater
2006	2 392	3 444
2007	2 715	3 951
2008	2 977	4 539

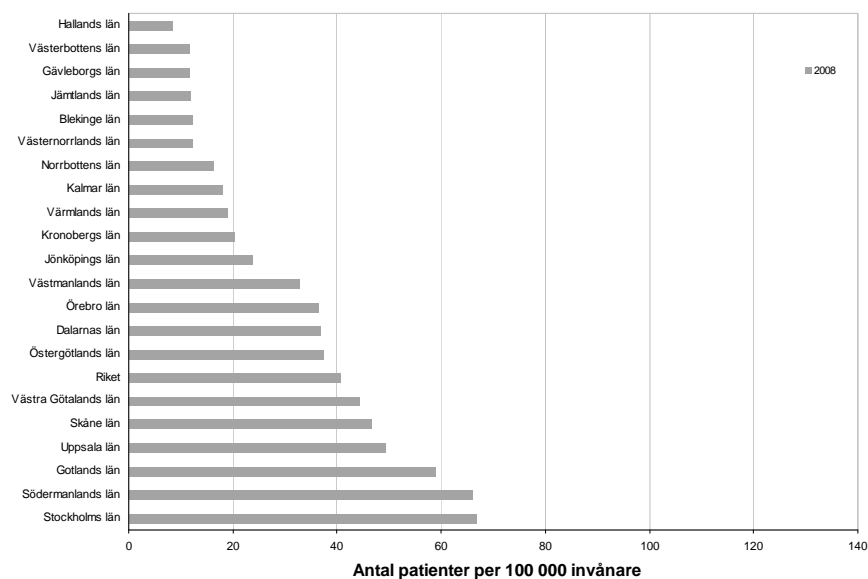
* observera att patienter i buprenorfin och metadon behandling ingår

För hypnotika/sedativa är ökningen mellan år 2006 och år 2008 24 procent. För opiater är ökningen mellan år 2006 och år 2008 32 procent. Observera att i gruppen opiater ingår patienter i underhållsbehandling.

Nedan redovisas antal patienter per 100 000 invånare med slutenvård och/eller specialiserad öppenvård för skadligt bruk eller beroende av sedativa/hypnotika enligt ICD-10 diagnoskriterier fördelat på vårdgivande landsting.

Figur 3

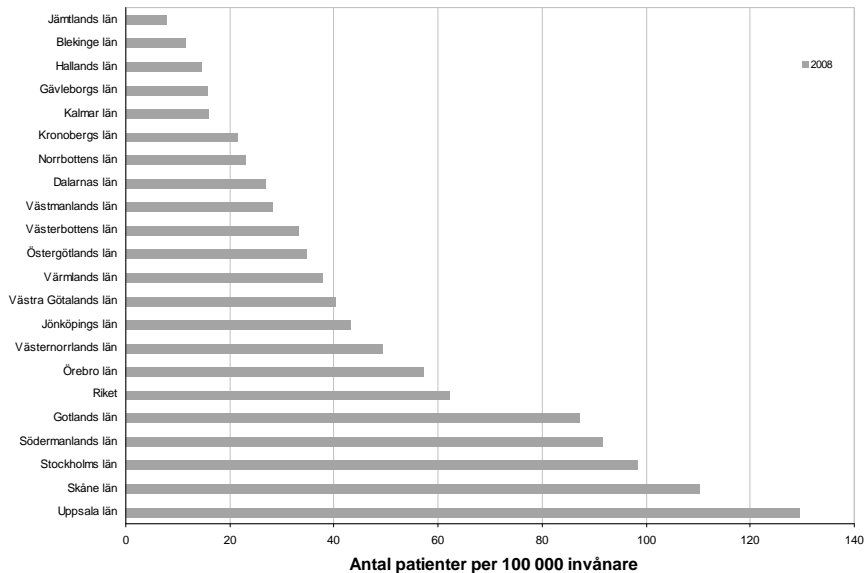
Antal patienter, 18 år eller äldre, med sluten eller öppen vård för skadligt bruk eller beroende av sedativa/hypnotika (F13.1, F13.2)



Nedan redovisas antal patienter per 100 000 invånare med slutenvård och/eller specialiserad öppenvård för skadligt bruk eller beroende av opiater enligt ICD-10 diagnoskriterier fördelat på vårdgivande landsting.

Figur 4

Antal patienter, 18 år eller äldre, med sluten eller öppen vård för skadligt bruk eller beroende av opiater (F11.1, F11.2)



Det finns avsevärda regionala skillnader i antalet patienter som vårdas för skadligt bruk och beroende av narkotikaklassade läkemedel. Observera att även patienter i underhållsbehandling för heroinberoende ingår när det gäller vård med opioiddiagnos.

Statistik från Stockholms läns landsting visar att majoriteten av diagnoser för skadligt bruk och beroende sätts inom den specialiserade beroendevården (Leifman 2010).

Tabell 4 Antal unika patienter, 18 år eller äldre, med sluten eller öppen vård för skadligt bruk eller beroende av sedativa/hypnotika enligt ICD-10 kriterier inom Stockholms läns landsting

År	Beroendecentrum Stockholm		Maria Beroendecentrum AB	Övrig psykiatri	Övriga
	Läkemedelsberoendeprogram (TUB), Smårteam	Övriga			
2006	160	565	102	48	19
2007	167	592	164	59	22
2008	196	658	150	100	9

Tabell 5 Antal unika patienter, 18 år eller äldre, med sluten eller öppen vård för skadligt bruk eller beroende av opiater enligt ICD-10 kriterier inom Stockholms läns landsting.

År	Beroendecentrum Stockholm			Maria Beroendecentrum AB	Övrig psykiatri	Övriga
	Läkemedelsberoendeprogram (TUB), smårteam	Metadonmottagningar	Övriga			
2006	128	641	176	239	14	31
2007	121	730	194	321	8	27
2008	172	1 001	212	336	31	29

År 2008 har alltså 72 av 100 000 invånare, 18 år eller äldre, i Stockholms län vårdats inom sluten eller öppen vård för skadligt bruk eller beroende av sedativa/hypnotika enligt ICD-10 kriterierna. För skadligt bruk eller beroende av opiater enligt ICD-10 kriterierna är motsvarande siffra 50 per 100 000 invånare. Då har patienter som vårdats vid metadonmottagningarna vid Beroendecentrum Stockholm inte inkluderats.

De geografiska skillnaderna är avsevärda när det gäller diagnostillfällena och är högst i Skåne och Stockholm. Båda områdena har relativt låg förskrivning men väl utbyggd beroendevård och möjligheter till behandling inom den specialiserade beroendevården. Det är känt att patienter som behandlas inom allmänpsykiatrin inte får beroendediagnos även om de behandlas för detta tillstånd också (Allgulander et al., 1978). Skulle Stockholms-siffrorna översättas till riksnivå skulle det innebära 13 000 unika

patienter per år, och ett genomsnittligt landsting med 250 000–300 000 invånare skulle ha 450–550 patienter på ett år.

12.4.5 Användning av hypnotika och analgetika i befolkningsundersökningar

Prevalens av läkemedelsanvändning går även att studera via befolkningsundersökningar.

Användning av narkotikaklassade läkemedel enligt läkarordination

I en enkätundersökning som genomfördes i Stockholmsområdet 1984 undersöktes prevalensen av användning av lugnande medel och sömnmedel hos personer som var 18 år och äldre (Blennow et al. 1994). 3,7 procent av männen och 4,7 procent av kvinnorna använde dessa läkemedel regelbundet, det vill säga minst tre dagar i veckan under minst tre månader. Årligen börjar 1,8 procent av männen och 2,7 procent av kvinnorna mellan 25 och 64 år en regelbunden användning. 12,8 procent av männen och 18,5 procent av kvinnorna anger att de under de två veckor som föregick studien använt dessa läkemedel. Vid uppföljning ett halvår senare var mer än 25 procent av dem som använt under de senaste två veckorna nu regelbundna användare. Prevalensen fanns vara högre med ökad ålder, sjukpension, arbetssökande, högkonsumenter av alkohol, personer med ökad symtomnivå och änkor. Författarna drar slutsatsen att den låga incidensen och höga prevalensen av regelbunden användning antyder att långtidsanvändningen av lugnande och sömnmedel är vanlig.

I en NEPI rapport från 2002 (Melander et al.) sändes enkäter ut till patienter som fått lugnande medel och sömnmedel förskrivna. Tre av fyra uppgav att de hade stått på läkemedlet i mer än ett år, var tredje hade stått på medlet i mer än fem år. Flertalet hade försökt sluta, men misslyckats och flertalet ansåg sig själva vara beroende av läkemedlet. I rapporten dras slutsatsen att uppkomsten av beroende syntes främst betingat av själva användningen av medlen och längd av användningen.

Jonasson (2003) har i en undersökning kommit fram till att prevalensen av användning av sömnmedel, lugnande medel eller

smärtstillande medel vid enkättillfället i befolkningsgruppen var 8 procent. Prevalensen hos kvinnor var 9 procent och män 7 procent. Hos en grupp sjukskrivna fann man att 18 procent använde dessa läkemedel, 17 procent av kvinnorna och 18 procent av männen. Intervjuer genomfördes med personer i gruppen sjukskrivna med en regelbunden användning (n=187). Av dessa bedömdes 2 procent, eller 4 personer, uppfylla diagnoskriterierna för skadligt bruk. 10 procent, det vill säga 18 personer, beroende av smärtstillande medel. 5 procent, 10 personer, beroende av sömnmedel och lugnande medel och 1 procent, 2 personer, beroende av en kombination av smärtstillande, sömnmedel och lugnande medel.

Statens folkhälsoinstitut har sammanställt data gällande gruppen funktionshindrade, som samlats in via den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2004, 2005, 2006 samt 2007 (Boström 2008). I gruppen funktionshindrade var det genomgående vanligare att ha använt hypnotika, sedativa och analgetika jämfört med övriga befolkningen.

De nationella folkhälsoenkäterna skickades år 2005–2009 ut till knappt 70 000 slumpvis utvalda personer i åldern 16–84 år (Statens folkhälsoinstitut 2005–2009). Svarefrekvensen var 50–60 procent. Data baseras på uppgifter från totalt 37 000 personer.

Resultatet visar kortfattat att:

- Under en tremånadersperiod år 2009 använder kvinnor mer receptbelagda narkotikaklassade sömnmedel (12 procent), lugnande medel (7 procent) och smärtlindrande (17 procent) än män (9 procent, 5 procent respektive 13 procent). Nivån är ungefär densamma enligt försäljningsdata
- Andelen användare ligger på samma nivå under femårsperioden 2005–2009
- Andelen användare ökar med åldern
- Andel användare av framförallt smärtlindrande medicin är vanligare hos dem med kort utbildning
- Användning är klart lägre hos de yrkesarbetande och högst bland dem som uppbär sjukpenning eller sjukersättning
- Skillnaderna i andel användare är liten då det gäller socioekonomisk position

- Användning av lugnande medel och sömnmedel är klart vanligare bland dem som uppger att de är i ekonomisk kris, saknar kontantmarginal och har låg inkomst
- Användning av lugnande medel, sömnmedel smärtlindrande är vanligare hos dem som är födda utanför Sverige och i övriga Norden.

Användning av narkotikaklassade läkemedel utan läkarordination

I en stor befolkningsundersökning 2008 gjordes ett stratifierat obundet slumpmässigt urval av 58 000 individer i ålder 16–64 år (Statens Folkhälsoinstitut under tryckning). Totalt svarade 22 095 personer på enkäten. Faktisk svarsfrekvens var 38 procent men efter viktning ökade den till 52 procent.

De två följande tabellerna är framtagna genom att använda data från en fråga i enkäten där det framgick att de svarande använt läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare förskrivit under det senaste året.

Tabell 6 Andel i befolkningen som svarat att de använt läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare förskrivit under de senaste 30 dagarna, Statens Folkhälsoinstitut (under tryckning)

Sömnmedel eller lugnande läkemedel	Kvinnor	Män
Max 1 gång per månad	1,17 %	0,52 %
2–4 ggr per månad	0,15 %	0,31 %
2–3 ggr per vecka	0,07 %	0,02 %
Minst 4 ggr per vecka	0,08 %	0,05 %

Det betyder att 2 000 kvinnor och 600 män i åldern 16–64 år uppger att de 2–3 gånger per vecka under de senaste 30 dagarna använt sömnmedel eller lugnande läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare föreskrivit. 2 300 kvinnor och 1 500 män i åldern 16–64 uppger användning utan ordination minst fyra gånger per vecka under de senaste 30 dagarna.

Tabell 7 Andel i befolkningen som svarat att de använt läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare förskrivit under de senaste 30 dagarna, Statens Folkhälsoinstitut (under tryckning)

Smärtstillande läkemedel	Kvinnor	Män
Max 1 gång per månad	2,21 %	1,15 %
2–4 ggr per månad	0,18 %	0,30 %
2–3 ggr per vecka	0,16 %	0,34 %
Minst 4 ggr per vecka	0,05 %	0,04 %

Det betyder att 4 700 kvinnor och 10 300 män i åldern 16–64 år uppger att de 2–3 gånger per vecka under de senaste 30 dagarna använt smärtstillande läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare föreskrivit. 1 500 kvinnor och 1 200 män i åldern 16–64 uppger användning utan ordination minst fyra gånger per vecka under de senaste 30 dagarna.

Tabellen nedan visar uppskattat antal personer i total befolkningen som anger att man använt narkotikaklassade lugnande medel, sömnmedel eller smärtlindrande medel utan recept eller i högre dos än ordinerat av dem som *inte använt illegal narkotika*. De som här redovisas som läkemedelsanvändare är alltså de som enbart använt läkemedel och inte läkemedel i kombination med narkotika.

Tabell 8 Antal personer i total befolkningen som anger att man använt narkotikaklassade lugnande medel, sömnmedel eller smärtlindrande medel utan recept eller i högre dos än ordinerat av dem som inte använt illegal narkotika, Statens Folkhälsoinstitut (under tryckning)

	Kvinnor		Män	
	Antal (avrundat)	Procent	Antal (avrundat)	Procent
Under den senaste månaden	33 000	1,3	15 000	0,6
Under senaste året	75 000	2,9	49 000	1,9
Någon gång	200 000	7,7	116 000	4,4

Enligt resultat från DUDIT frågor bejakar 1,1 procent i befolkningen förekomst av problem orsakade av läkemedelsanvändningen; blir kraftigt påverkade av preparatet, tagit preparatet och sedan låtit bli att göra någonting som man borde ha gjort minst en gång i månaden, en själv eller någon annan har blivit skadad (psykiskt eller fysiskt) under det senaste året på grund av

användning av preparatet. För 0,9 procent i befolkningen har någon i omgivningen oroat sig för preparatanvändningen eller sagt att man bör sluta med preparatet. 1,6 procent i befolkningen har haft skuld känslor eller dåligt samvete på grund av användningen av preparatet. 1,3 procent i befolkningen har haft så stark längtan efter preparatet att de inte kunnat stå emot och bejakar att de inte kunnat sluta ta preparatet sedan de börjat (Statens folkhälsoinstitut under tryckning). 1,1 procent respektive 0,9 procent innebär 65 000 respektive 54 000 personer i befolkningen i åldern 16–64 år som alltså anger en problematisk konsumtion och uppfyller kriterierna för missbruk enligt DSM-IV eller skadligt bruk enligt ICD-10.

Sociala belastningsfaktorer som låg utbildning, sjuk- eller aktivitetsersättning, långtidssjukskrivning, rökning och riskfylld alkoholkonsumtion var mer frekvent förekommande bland dem som i högre utsträckning använt narkotikaklassade läkemedel utan läkarordination jämfört med dem som inte hade det (Statens folkhälsoinstitut under tryckning).

Bland universitetsstudenter uppgav år 2003 15,4 procent att de någon gång använt receptbelagda narkotikaklassade läkemedel utan läkarordination (Röger 2005). 9,1 procent uppgav sådan användning under de senaste 12 månaderna. I undersökningen inkluderas förutom lugnande och smärtstillande läkemedel även antidepressiva och rohypnol. I en studentundersökning riktad mot 16 åringar år 2007 var livstidsprevalensen för bruk av ångestlindrande läkemedel utan recept 7 procent i Sverige (Hibell et al. 2009). Det förelåg inga större skillnader i resultatet mellan 2003 och 2007.

12.5 Internationellt

12.5.1 Användning av hypnotika, sedativa och analgetika enligt försäljningsdata

I en studie i Holland har långtidsbruk av bensodiazepiner undersökts (van Hulst et al. 2003). Där finner man att hälften av nya användare fortsätter bruka läkemedlen i två till sju år och 14 procent fortsätter bruka läkemedlen under samtliga åtta år som studien pågick.

Konsumtionen av opiater i sju europeiska länder år 2002 har analyserats med två olika databaser; INBC (United Nations Inter-

national Narcotics Control Board Report) samt nationella hälsomyndigheter (Hamunen et al. 2008). I denna undersökning hade Sverige den högsta total konsumtionen av opiater uttryckt i DDD/1000/invånare. I Sverige är det dock svaga opiater som står för den största delen av konsumtionen. Sammantaget dras slutsatsen att Danmark konsumerar mest opiater, utifrån att de i sammanställningen av de sju länderna har högst konsumtion av starka opiater. För att bättre kunna följa konsumtionen föreslås separat rapportering av förskrivning av opioider vid behandling av cancerrelaterad smärta jämfört med icke cancerrelaterad smärta. Hamunen et al. (2009) har även gjort en kartläggning av trender i opioidkonsumtionen i de nordiska länderna 2002–2006. En ökning av konsumtionen noteras i samtliga länder utom Sverige.

I Norge har Fredheim et al. (2009) studerat konsumtionen av kodein hos icke cancer patienter. År 2005 var ett års prevalensen av bruk av kodein 8,3 procent i populationen. 58 procent av dem som använt kodein hade endast fått en förskrivning. 2 procent hade fått mer än en förskrivning och 365–730 DDD. 0,5 procent hade fått mer än en förskrivning och 730 DDD eller mer.

12.5.2 Användning av hypnotika, sedativa och analgetika i befolkningsundersökningar

Även resultat av internationell forskning avseende prevalens är svåra att tolka eftersom termerna ”missbruk” och ”beroende” används och definieras på olika sätt, vilket inte alltid redovisas (Compton et al. 2006). Trots skillnader i metod och operationalisering av begrepp visar data samstämmigt att den icke medicinska användningen av analgetika ökat i USA (Gilson et al. 2009). Detta går att se både i självrapporteringar och via besök på akuttagningar. I data från epidemiologiska databaser noteras en markant ökning av opiatmissbruket i USA under 1990-talet och början av 2000-talet (Denisco et al. 2008). Under samma tidsperiod steg antalet förskrivningar för behandling av icke cancer relaterad smärta. Analys av data visar att den ökade prevalensen av missbruk är kopplad till en ökad tillgänglighet av läkemedlen snarare än missbruk av dessa preparat bland dem som får det förskrivet till sig.

I en nationell epidemiologisk studie i USA med 43 093 deltagare kom man fram till att livstidsprevalensen för icke medicinskt bruk av hypnotika preparat med en beroendeframkallande potential var

4,1 procent, ångestlindrande läkemedel 3,4 procent och opiater 4,7 procent (Huang et al. 2006). Livstidsprevalensen för missbruk och beroende av dessa substanser var 1,1 procent för hypnotika preparat med en beroendeframkallande potential, 1,0 procent för ångestlindrande läkemedel och 1,4 procent för opiater. De flesta uppgav att de kom över läkemedlen via illegal handel.

I en studentundersökning riktad mot 16 åringar (n=104 828) som genomfördes 2007 var livstidsprevalensen för hela Europa av bruk av ångestlindrande läkemedel utan recept 6 procent. (Hibell et al. 2009)

12.6 Samsjuklighet

Sedativa, hypnotika och opiater förskrivs för behandling av oro, ångest, sömnsvårigheter och smärta. Det är därmed knappast förvånande att finna en hög komorbiditet av dessa besvär bland personer med läkemedelsberoende.

Prevalens av opiatberoende hos kroniska smärtpatienter utan cancer har i studier uppskattats till mellan 0 och 50 procent och mellan 0 och 7,7 procent hos cancer patienter, beroende på vilken subpopulation som studerats och vilka kriterier som använts (Hojsted et al. 2006). Författarna betonar att man behöver ta hänsyn till risken för beroende när långtidsbehandling med opiater initieras, särskilt eftersom beroende kan resultera i sämre smärtbehandling. Samtidigt är det viktigt att inte underbehandla smärta på grund av rädsla för beroende.

Kliniska erfarenheter och forskningsresultat talar även för en hög samsjuklighet med annan missbruks- eller beroendeproblematik, ofta alkohol, samt psykiatriska och somatiska diagnoser (Allgulander 1978; Allgulander et al. 1978; Allgulander et al. 1984). Personer med historia av beroende är mer sårbara för att utveckla beroende vid behandling med beroendeframkallande läkemedel. Mindre är känt om riskfaktorer för personer som inte missbrukat droger tidigare (Simoni-Wastila et al. 2004).

Särskilt missbruk och beroende av sedativa och hypnotika är ofta associerat med missbruk och beroende av andra substanser (American Psychiatric Association 2000). Dessa läkemedel används då för att förstärka effekten av missbruksdrogen, lindra oönskade effekter av de andra missbrukssubstanserna, mildra abstinens eller som ersättningsmedel.

I en studie av Johansson et al. (2003) fann man att 15 procent i en grupp alkoholberoende (n=153) även var beroende av bensodiazepiner. 3 procent av de alkoholberoende var även beroende av zolpidem, 5 procent av zopliklon och 5 procent av kodein. I en grupp friska kontroller (n=120) var motsvarande siffror för beroende 1 procent för bensodiazepiner, 0 procent för zolpidem och zopliklon och 1 procent för kodein.

I ett projekt vid Tub-enheten i Stockholm (Vikander et al. 2000) fann man att 38 procent av patienterna som sökte vård för läkemedelsberoende även hade en psykiatrisk diagnos. De psykiatriska diagnoserna var skiftande från akut kris till akut psykos. Endast hos 27 procent av de med analgetikaberoende fann man en somatisk diagnos. För 70 procent av kvinnorna och 48 procent av männen i projektet var det första beroendeframkallande preparatet de tagit ett läkemedel.

Liknande resultat går att finna i internationell forskning. I den amerikanska epidemiologiska studien som tidigare nämnts (Huang et al. 2006) fann man en hög komorbiditet med andra psykiatriska diagnoser, både axel I samt axel II diagnoser. Samsjuklighet av annan missbruks- eller beroendediagnos var även vanligt förekommande. I en jämförelse av karaktäristika hos heroinberoende och analgetikaberoende tonåringar (14–18 år) i USA fann man att båda grupperna led av multipel komorbiditet (Subramaniam et al. 2009). De med analgetikaberoende hade i större utsträckning flera beroendediagnoser, ADHD och tidigare psykiatrisk behandling.

I Finland fann Vormä et al. (2005) att nära samtliga deltagare i en studie för nedtrappning av bensodiazepiner hade en pågående eller tidigare axel I diagnos. 64 procent av deltagarna bedömdes lida av en personlighetsstörning. Borderline personlighetsstörning var i studien associerat med svårigheter att sluta med bensodiazepiner och tendens att avbryta behandlingen.

12.7 Långtidsprognos

Det finns få långtidsuppföljningar av patienter med läkemedelsberoende. I Sverige följde Allgulander et al. (1984) upp 50 patienter som vårdats för läkemedelsberoende. Vid uppföljning fyra till sex år senare hade hela 80 procent av patienterna återfallit i beroende. En social nedgång i gruppen noterades. Dödligheten i gruppen var

även hög, vid uppföljning hade sex av 50 patienter avlidit. Fyra av dessa sex hade suiciderat.

I Holland har Oude Voshaar et al. (2006) genomfört en långtidsuppföljning på patienter som deltagit i en randomiserad kontrollerad studie av nedtrappningsprogram av bensodiazepiner. Resultatet av nedtrappningen påverkades av patientens förmåga att minska dosen innan nedtrappningen börjar. Vid uppföljning var 29 procent av deltagarna utan förskrivning av bensodiazepiner. Författarna fann att alkoholanvändning och grad av bensodiazepinberoende innan nedtrappning påverkar långtidsresultatet.

För äldre personer kan även en kort tids bruk med terapeutiska doser vara associerade med högre risk för kognitiva svårigheter och fallolyckor (American Psychiatric Association 2000). Det finns studier som visar att patienter som använt lugnande medel eller sömnmedel lider av kognitiva nedsättningar (Barker et al. 2004; Bergman et al. 1980; Borg 1987), vilket är viktigt att ta hänsyn till vid behandling av patientgruppen. Nedsättningarna verkar vara delvis reversibla vid en längre tids abstinens (Barker et al. 2004; Borg 1987, Tönne et al. 1995), men Tönne et al. (1995) fann stora individuella skillnader, där vissa personer behöver en längre återhämtningsperiod. Studier har visat att större kognitiva nedsättningar leder till en sämre långtidsprognos (Bergman et al. 1989; Borg 1987).

Många personer som behandlas med lugnande medel eller sömnmedel lider av ett ångestsyndrom eller depression vid insättning av läkemedlet. Dessa psykiatriska besvär kan orsaka kognitiva nedsättningar. Det behövs ytterligare studier för att utröna etiologin till de kognitiva nedsättningar man finner hos patienterna (Barker et al. 2004; Verdoux et al. 2005).

12.8 Vård- och behandlingstraditioner samt metoder

12.8.1 Behandling vid beroende av hypnotika och sedativa

Klinisk praktik

Det är oklart om Socialstyrelsens riktlinjer från 1990 ännu gäller, men kontakt med företrädare för de större beroendeklinikerna ger vid handen att i klinisk praktik behandlas beroende av bensodiazepiner med långsam nedtrappning, antingen av aktuellt preparat eller med en övergång till ett korstolerant preparat.

Innan nedtrappning påbörjas fördelas doserna jämnt under dagen. Om flera preparat används trappas sömnmedel ut först. Vid nedtrappning tar man hänsyn till vilken typ av farmakologisk profil läkemedlet har, vilken dos som använts, hur lång tid preparatet brukats, eventuell tidigare abstinensbild, patientens livssituation och personlighet. Längd på nedtrappningstiden bestäms med ett schema utifrån patientens kliniska tillstånd. I litteraturen återfinns inget stöd för en specifik nedtrappningstid (Lingford-Hughes et al. 2004), och erfarenhet från klinisk verksamhet är att det finns stora individuella skillnader i lämplig nedtrappningstid. Klinisk erfarenhet talar emot akuta nedtrappningar eller abrupt utsättning.

Dosreduktionen sker gradvis, så abstinensbesvären inte är svårare än att patienten kan uthärda dem. Vid behov bromsas nedtrappningen, men en nedtrappad dos höjs inte.

Den initiala abstinensen bedöms vara i 1–3 månader. Behandling med antiepileptika sker endast om epileptiska krampanfall finns i anamnes. Nedstämdhet och oro finns av och till under hela abstinensperioden, men kräver som regel inte farmakologisk behandling utan anses vara övergående besvär. Samtal av kognitiv beteendeterapeutisk typ och psykoedukation om abstinensbesvär är viktiga delar i behandlingen. Psykiatrisk kompetens anses vara värdefull eftersom många patienter har en psykiatrisk komorbiditet. Djupare terapeutisk intervention avvaktar man dock med till efter abstinensen (Borg et al. 1991).

Sedan 1984 har TUB mottagningen (Terapi och Utvärdering av Bensodiazepinberoende) funnits i Stockholm, en högspecialiserad mottagning för behandling av patienter med läkemedelsmissbruk. Mottagningen använder en långsam nedtrappning av det/de preparat som patienten är beroende av. Ungefär 90 procent av patienterna behandlas enbart i öppenvård, och en modell där patienten vistas på avdelningen måndag till fredag används.

I Göteborg sker många nedtrappningar polikliniskt, och primärvården ansvarar för behandling av okomplicerat läkemedelsmissbruk. I de fall slutenvård behövs vårdas patienterna i snitt två månader på avdelning som även behandlar andra beroendegrupper. Helst ser man att patienten efter detta vistas på behandlingshem under tre månader. Ofta görs en övergång till Stesolid innan nedtrappningen inleds. Psykiatrisk komorbiditet uppfattas vara hög.

I Malmö trappas läkemedlet ut under 6–8 veckors avgiftning, där de första 14 dagarna sker inläggande på en beroendevård med patienter med andra typer av beroende. Tidigare har man

använt sig av tio dagars avgiftningar, men detta har man slutat med. Efter avgiftning fortsätter patienten under ett års tid med en öppenvårdskontakt, då läkemedel generellt sett hämtas på mottagningen två gånger i veckan. Samtliga patienter erbjuds psykiatrisk bedömning och stöd, och psykiatrisk samsjuklighet uppfattas vara vanligt.

Sammantaget uppfattar arbetsgruppen att det finns en gemensam bild av vården i Göteborg, Malmö och Stockholm, och det finns inget remisskrav i dessa landsting. Förutom nämnda insatser anses även psykologisk bearbetning och psykosociala interventioner vara viktiga. Kunskapsnivån i frågan nationellt sett anses dock vara skiftande. Arbetsgruppen känner till exempel inte till något webbaserat stöd för patientgruppen finns i dag. Tillgång till neuropsykiatrisk utredning av kognitiva nedsättningar är mycket begränsad.

Vetenskapligt underlag

I en randomiserad studie i Holland klarade cirka två tredjedelar av bensodiazepinanvändarna att sluta med hjälp av ett nedtrappningsprogram (Oude Voshaar et al. 2006). Vid uppföljning 15 månader senare fann man att en högre andel av de som genomgått nedtrappningsprogrammet var fortsatt läkemedelsfria jämfört med dem som fått vanlig vård.

I en Cochranesammanställning av studier om farmakologisk behandling vid beroende av bensodiazepiner inkluderades sammanlagt åtta studier (Denis et al. 2006). I samtliga inkluderade studier var man överens om att gradvis nedtrappning var att föredra framför abrupt utsättande av läkemedlet. I denna rapport liksom i de evidensbaserade riktlinjer från Storbritannien (Lingford-Hughes et al. 2004) fann man inget empiriskt stöd för att byta från preparat med kort halveringstid till ett med lång halveringstid innan nedtrappning. För farmakologisk behandling ses carbamazepin som ett lovande preparat, särskilt för patienter som står på höga doser av bensodiazepiner. Preparatet minskar inte abstinenssymtomen men ökar utsikten att uppnå utsättning av bensodiazepinet. Denis et al. (2006) nämner även flumazenil och antidepressiva som möjliga farmakologiska behandlingsmetoder, men betonar att mer forskning behövs.

12.8.2 Behandling vid beroende av analgetika

Klinisk praktik

Behandlingen sker ofta med långsam uttrappning av aktuellt preparat vid beroendeeenheter i Stockholm, Göteborg och Malmö. Dosen fördelas initialt jämnt över dagen. Det är användbart att ha ett nedtrappningsschema. Vid injektionsmissbruk går man först över till peroral behandling i ekvivalent dos. Uttrappning av opiater kan ske snabbare än bensodiazepiner. När man kommit ner till lägre doser kan medlet ofta sättas ut direkt, eftersom fortsatt behandling annars leder till mer drogsug. Opiatabstinensen är relativt kortvarig och medför inga medicinska risker som bensodiazepinerna. Likartade erfarenheter finns vid utsättning av metadon med långsam nedtrappning hos patienter i metadon- underhållsprogram (Eklund et al. 1994).

För att lindra abstinensen kan tillfällig behandling med klonidin, en alfa-2-agonist vara värdefullt. Medlet har en stressdämpande effekt och minskar drogsuget. Även naltrexone och ibland buprenorfin används vid avgiftning. För patienter med svåra smärttillstånd som behandlas med höga doser opiater och har en samtidig beroendeproblematik kan substitutionsbehandling med metadon vara ett alternativ. Även substitutionsbehandling med buprenorfin, en partiell agonist med långsam kinetik, används. Buprenorfin används mer och ger generellt sett god smärtlindring.

För patienter med opiatberoende med smärtbas finns möjlighet till underhållsbehandling.

Vetenskapligt underlag

I den systematiska litteraturöversikten "Behandling av alkohol- och narkotikaproblem", som SBU publicerade 2001 omnämns inte behandlingsmetoder vid analgetikaberoende, utan enbart behandling vid heroinberoende. I rapporten kommer man fram till att långtidsbehandling med metadon och buprenorfin i samma utsträckning ger minskat heroinmissbruk och bättre medverkan i behandlingsprogram. Även naltrexone ger minskat missbruk. Klonidin, som saknar beroendepotential, nämns som behandling för heroinabstinens. Metadon och buprenorfin har effekter som är jämförbara med klonidin. Bland psykosociala behandlingsmetoder mot heroinberoende är effekterna störst av så kallade omlärande

terapier, som är inriktade mot missbruksbeteendet. Dessa är i regel beteendeterapeutiskt baserade. Dynamisk psykoterapi förefaller ha en positiv effekt vid heroinmissbruk. I rapporten konstaterar man även att ospecifika, stödjande behandlingar som ofta används i svensk missbruksvård saknar säkerställda effekter.

Den forskning som gjorts i USA med syfte att mäta effektivitet av behandling för opiatberoende har till största del undersökt grupper av heroinberoende, alternativt blandade grupper med både heroinberoende och analgetikaberoende (Mendelson et al. 2008). På senare år har studier med analgetikaberoende patienter genomförts. Moore et al. (2007) fick bättre behandlingsresultat för individer med läkemedelsberoende av opiater jämfört med heroinberoende vid behandling med buprenorfin och naloxone. Sigmon et al. (2009) har genomfört en pilotstudie med en två veckors avgiftning i öppenvård med buprenorfinbehandling. Resultatet var negativt för en majoritet av patienterna, men författarna menar att det finns subgrupper av patienter som kan gynnas av behandlingen. I en retrospektiv kohortstudie jämfördes retention i metadonprogram hos analgetikaberoende patienter (n=269) och heroinberoende patienter (n=2039) (Banta-Green et al., 2009). Slutsatsen är att analgetika beroende patienter kan behandlas lika effektivt som heroinberoende patienter i metadonprogram när man tittar på retention i behandling.

12.9 Behandlingsutbud

Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende, RFHL, har 2004 samt 2010 genomfört en telefonundersökning riktad mot samtliga landsting i syfte att på nationell nivå kartlägga behandlingsutbudet för läkemedelsberoende (se bilaga 2). RFHL drar utifrån undersökningen slutsatsen att behandlingsmetoderna och tillgänglighet skiljer sig mycket åt mellan olika landsting, med undantag för Stockholm, Göteborg och Malmö. Vården uppfattas vara fragmenterad, exempelvis saknas information på landstingens hemsidor och en klar majoritet av landstingen saknar vårdprogram för patientgruppen. Sammanfattningsvis kommer RFHL fram till att det finns få skillnader i resultaten mellan 2004 och 2010.

12.10 Sammanfattande analys

12.10.1 Problemets omfattning

Det finns inte några exakta prevalensdata avseende missbruk respektive beroende av lugnande medel, sömnmedel eller analgetika. Tillgänglig information ger att 2 procent, eller 185 000 personer, i befolkningen år 2009 har minst fyra uttag av sedativa/hypnotika samt opioider med en genomsnittlig dos på minst en definierad dygnsdos. Då är buprenorfin, buprenorfin kombinationer och metadon exkluderade.

Via enkätdata riktat mot åldrarna 16–84 år framkommer att under en tremånadersperiod år 2009 använder kvinnor mer receptbelagda narkotikaklassade sömnmedel (12 procent), lugnande medel (7 procent) och smärtlindrande (17 procent) än män (9 procent, 5 procent respektive 13 procent).

Data från befolkningsundersökning ger att 2300 kvinnor (0,08 procent) och 1 500 män (0,05 procent) i åldern 16–64 år använt sömnmedel eller lugnande läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare förskrivit minst fyra gånger i veckan under de senaste 30 dagarna. Motsvarande siffror för smärtstillande läkemedel är 1 500 kvinnor (0,05 procent) och 1 200 män (0,04 procent).

DUDIT data från enkät i en befolkningsstudie anger i olika frågor att 0,9–1,6 procent år 2008 bejakar problem i samband med läkemedelsanvändning. 1,1 procent av respondenterna, eller 65 000 personer i befolkningen i åldrarna 16 till 64 år anger problem som korresponderar till begreppen missbruk/skadligt bruk. Dessa resultat korresponderar till de resultat som Johansson et al. (2003) finner, där 1 procent av de friska kontrollerna bedömdes uppfylla diagnoskriterierna för beroende av bensodiazepiner.

Antalet patienter med vård under diagnos skadligt bruk/beroende enligt Socialstyrelsens Patientregister utgör år 2008 2 977 individer för hypnotika/sedativa och 4 539 individer för opiater. De senare siffrorna innefattar även heroinister med metadon- och buprenorfinbehandling, vilka sannolikt utgör en majoritet av gruppen. Skulle siffrorna i Malmö och Stockholm gälla även för övriga landet kan man räkna med 13 000 unika patienter per år i hela riket. I ett län med 250 000–300 000 invånare rör det sig alltså om 450–550 patienter med diagnos per år.

Bedömningen är att patientantalet ökat de senaste åren och att de regionala skillnaderna är avsevärda.

12.10.2 Behandling

Det finns en gemensam behandlingstradition inom den specialiserade beroendevården i de större städerna i form av så kallad långsam nedtrappning med mindre lokala variationer vad gäller avvägning mellan öppen- och slutenvård, längd av nedtrappning samt byte av preparat innan nedtrappning. Under senare år har också underhållsbehandling introducerats vad gäller opiatanalgetikaberoende patienter med kroniska smärttillstånd.

12.10.3 Vårdstruktur

Arbetsgruppen anser att denna fråga hör hemma inom landstinget, utifrån att sjukvården har bäst kompetens för denna patientgrupp. I patientgruppen finns en hög samsjuklighet med psykiatrisk och somatisk problematik, något som ofta tydliggörs efter abstinens. Ansvar kommer i första hand att ligga hos varje förskrivande läkare. Det gäller naturligtvis observans på tidiga rekyl och abstinenssymtom. Liksom användning av gradvis nedtrappning vid utsättning.

Varje landsting bör ha ett skrivet vårdprogram för de här grupperna. På kliniker och mottagningar bör behandlingsprogram för nedtrappning och underhållsbehandling finnas, alternativt vårdavtal med grannlandsting. På specialistnivå inom psykiatri, beroendevård och smärtkliniker bör ett samlat behandlingsprogram för patienter med läkemedelsberoende finnas. Ett genomsnittligt landsting kan uppskattas behandla 450–550 unika patienter per år.

Frågan rör ett gränsområde mellan beroendevård, psykiatri och smärtkliniker, där samarbete och ett inkluderande synsätt av varandras kompetenser är viktigt. Vikten av psykiatrisk kompetens lyfts fram. Regionskliniker fyller även en viktig funktion som referenskliniker och kunskapsbank. För att kunna uppfylla detta är det viktigt att inte bygga in alltför stora geografiska avstånd. Patienter med läkemedelsberoende bedöms vara i behov av ett eget behandlingsspår inom vården, exempelvis upplevs det som ofördelaktigt att blanda analgetikaberoende och heroinberoende i metadonprogrammen, liksom patienter med exklusivt bensodiazepinberoende med narkoman- och alkoholistvården.

Primärvårdens roll ses som att behandla okomplicerat beroende av läkemedel, samt uppföljning av exempelvis patienter utan psyko-

social belastning som fått framgångsrik behandling inom specialistvården. Vikten av en fungerande vårdkedja till mer specialiserad vård betonas. I Stockholm används Edinboroughmodellen framgångsrikt, där beroendesköterskor och -läkare arbetar som konsulter i primärvården.

Ett särskilt ansvar finns inom beroendevården där uppskattningsvis 15 procent av patienterna även har ett läkemedelsberoende. Detta innebär att alkohol- och narkomanvården i många fall samtidigt får behandla ett läkemedelsberoende.

Frivillig organisationer som RFHL fyller en viktig funktion för patientgruppen, särskilt som den har svårigheter att hitta sin plats inom AA och NA.

12.10.4 Behandlingsutbud

Det är viktigt med inte alltför exkluderande insatser. Sjukvården är ofta en del av problematiken genom förskrivning av dessa läkemedel. Kompetensen för behandling av patientgruppen är ojämn inom sjukvården, och frånvarande inom socialtjänsten. Svårigheter föreligger att finna efterplaceringar inom HVB, hem för vård eller boende. Det finns behandlingshem som inte tar emot medicinerade patienter, och det saknas även tillsynsmyndighet som granskar de metoder som används på HVB hem.

Arbetsgruppen vill även lyfta fram personer med primärt buprenorfinberoende, en grupp som inte får hjälp i dagsläget, eftersom Socialstyrelsen inte tillåter underhållsbehandling. Det finns behov att förändra föreskrifterna från Socialstyrelsen.

12.10.5 Struktur för kontinuerlig kunskapsuppbyggnad

Arbetsgruppen har gjort en inventering av publicerad forskning, och konstaterar att nationella forskargrupper saknas. Området bedöms vara underforskat, och evidensbaserade metoder för behandling har inte redovisats i Socialstyrelsens riktlinjer från 2007. Det finns även behov av nationella riktlinjer i frågan. Det finns behov av att modernisera föreskrifter för underhållsbehandling vid smärta, och i riktlinjer för smärtbehandling bör beroendeperspektiv finnas med. På regional nivå bör vårdprogram utvecklas. Utveck-

ling av kunskap inom området kan inkludera social farmaci, psykiatri, beroendemedicin och klinisk farmakologi.

12.10.6 Kompetensutveckling

Kunskap om diagnostik och behandling bör ingå i utbildningen för allmänläkare och specialistläkare inom beroende, psykiatri och smärta. Även utbildning riktad mot annan vårdpersonal; psykologer, sjukgymnaster och sjuksköterskor anses som viktigt. Utvecklandet av ett utbildningsmaterial riktad mot personal inom primärvården kan vara till nytta.

Referenser

Databaser

Leifman, A. (2010). Sökning med programpaket SAS, version 9.2 i Stockholm Läns Landstings databaser för uppföljning och analys av sjukvårdskonsumtion (VAL-databaserna).

Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret.

Socialstyrelsen, Patientregistret.

Litteratur

Allgulander, C. (1978). Dependence on sedative and hypnotic drugs. A comparative clinical and social study. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 270, 1-102.

Allgulander, C. & Borg, S. (1977a). Konsumtion av sedativa – hypnotika i Sverige: Utvecklingstendenser 1947–1974. *Läkartidningen*, 74, 2427–2431.

Allgulander, C. & Borg, S. (1977b). En patientgrupp med sedativa – hypnotikaberoende; utveckling av beroende, läkarkontakter och preparatval. *Läkartidningen*, 74, 2429–2431.

Allgulander, C. & Borg, S. (1978). Sedative-Hypnotic and Alcohol Dependence among Psychiatric In-Patients. *British Journal of Addiction*, 73, 123–128.

- Allgulander, C., Borg, S. & Vikander, B. (1984). A 4–6-Year Follow-Up of 50 Patients With Primary Dependence on Sedative and Hypnotic Drugs. *Am J Psychiatry*, 141:12, 1580–1582.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC.
- Banta-Green, C.J., Maynard, C., Koepsell, T.D., Wells, E.D. & Donovan, D.M. (2009). Retention in methadone maintenance drug treatment for prescription-type opioid primary users compared to heroin users. *Addiction*, 104, 775–783.
- Barker, M.J., Greenwood, K.M., Jackson, M. & Crowe, S.F. (2004). Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 437–454.
- Bergman, H., Borg, S. Englebretson, M.A. & Vikander, B. (1989). Dependence on Sedative-hypnotics: neuropsychological impairment, field dependence and clinical course in a 5-year follow-up study. *British Journal of Addiction*, 84, 547–553.
- Bergman, H., Borg, S. & Holm, L. (1980). Neuropsychological Impairment and Exclusive Abuse of Sedated or Hypnotics. *American Journal of Psychiatry*, 137:2, 215–217.
- Blennow, G., Romelsjö, A., Leifman, H., Leifman, A. & Karlsson, G. (1994). Sedatives and Hypnotics in Stockholm: Social Factors and Kinds of Use. *American Journal of Public Health*, 84, 242–246.
- Boethius, G. & Westerholm, B. (1977). Purchases of hypnotics, sedatives and minor tranquillizers among 2,566 individuals in the county of Jämtland, Sweden. A 6-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.*, 56, 147-59.
- Borg, S. (1987). Sedative hypnotic dependence: Neuropsychological changes and clinical course. *Nord Psykiatr Tidsskr*, 41, 17–19.
- Borg, S., Leifman, H., Tönne, U. & Vikander, B. (1991). Beroende av lugnande medel och sömnmedel. Delrapport från TUB-projektet (Terapi och Utvärdering av Bensodiazepineberoende). Beroendesektionen. Psykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus. Institutet för psykiatri, Karolinska Institutet.

- Boström, G. (2008). Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning. Statens folkhälsoinstitut. Edita, Västerås.
- Compton, W. & Volkow, N. (2006). Abuse of prescription drugs and the risk of addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 83S, S4–S7.
- Denis C., Fatseas M., Lavie E. & Auriacombe M. (2006). Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings (Review). The Cochrane Collaboration. *Cochrane Database Syst Rev.*, Jul 19:3:CD005194 Epub 2006 Jul19.
- Denisco, R.A., Chandler, R.K. & Compton, W.M. (2008). Addressing the Intersecting Problems of Opioid Misuse and Chronic Pain Treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16 (5), 417–428.
- Eklund, C., Melin, L., Hiltunen, A. & Borg, S. (1994). Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden: long-term outcome and effects on quality of life and life situation. *Int. J. Addict*, 29 (5), 627–645.
- Fredheim, O.M.S., Skurtveit, S., Moroz, A., Breivik, H. & Borchgrevink, P.C. (2009). Prescription pattern of codeine for non-malignant pain: a pharmacoepidemiological study from the Norwegian prescription database. *Acta Anaesthesiol Scand*, 53, 627–633.
- Gilson, A.M. & Kreis, P.G. (2009). The burden of the Nonmedical Use of Prescription Opioid Analgesics. *Pain Medicine*, 10, 89–100.
- Hajak, G., Müller, W.E., Wittchen, H.U., Pittrow, D. & Kirch, W. (2003). Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data. *Addiction*, 98, 1371–1378.
- Hamunen, K., Laitinen-Parkkonen, P., Pakkari, P., Breivik, H., Gordh, T., Jensen, N.H. & Kalso, E. (2008). What do different databases tell about the use of opioids in seven European countries in 2002? *European Journal of Pain*, 12, 705–715.
- Hamunen, K., Pakkari, P. & Kalso, E. (2009). Trends in opioid consumption in the Nordic countries 2002–2006. *European Journal of Pain*, 13, 954–962.

- Henricson, K., Carlsten, A., Ranstam, J., Rametsteiner, G., Stenberg, P., Wessling, A. & Melander, A. (1999). Utilisation of codeine and propoxyphene: geographic and demographic variations in prescribing, prescriber and recipient categories. *Eur J Pharmacol*, 55, 605–611.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD report. Substance use among students 35 European countries. The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN). Modintryckoffset AB, Stockholm, Sweden.
- Hojsted, J. & Sjogren, P. (2006). Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature review. *European Journal of Pain*, 11, 490–518.
- Hollister, L.E., Motzenbecker, F.P. & Degan, R.O. (1961). Withdrawal reactions from chlordiazepoxide. *Psychopharmacologi*, 2, 63–68.
- Isacson, D. (1997). Long-term benzodiazepine use: factors of importance and the development of individual use patterns over time – a 13-year follow-up in a Swedish community. *Soc. Sci. Med.*, 44, 1871–1880.
- Isacson, D. & Smedby, B. (1988). Patterns of Psychotropic Drug Use in a Swedish Community. *Scand J Prim Health Care*, 6, 51–8.
- Huang, B., Dawson, D.A., Stinson, F.S., Hasin, D.S., Ruan, W.J., Saha, T.D., Smith, S.M., Goldstein, R.B. & Grant, B.F. (2006). Prevalence, Correlates, and Comorbidity of Nonmedical Prescription Drug Use and Drug Use Disorders in the United States: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 67:71, 1062–1073.
- Johansson, BA., Berglund, M. & Frank, A. (1997). Effects of gradual benzodiazepine taper during a fixed 10-day schedule: A pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 281–286.
- Johansson, BA., Berglund, M., Hanson, M., Pöhlén, C. & Persson, I. (2003). Dependence on legal psychotropic drugs among alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 613–618.
- Jonasson, B. (2003). Sjukskrivna och vanebildande läkemedel. Riksförsäkringsverket Analyserer 2003:13.

- Lader, M. (1991). History of Benzodiazepine Dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 53–59.
- Lingford-Hughes, A.R., Welch, S. & Nutt, D.J. (2004). Evidence-Based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 18, 293–335.
- Melander, A., Johansen, F., Lindahl, S.O., Lithman, T., Merlo, J., Noreen, D., Peterson, G., Svensson, C. & Lindberg, G. (2002). Bensodiazepiner och deras analoger: användning, beroende, styrfaktorer. NEPI rapport. Kristianstads Boktryckeri AB, Kristianstad.
- Mendelson, J., Flower, K., Pletcher, M.J. & Galloway, G.P. (2008). Addiction to prescription opioids: characteristics of the emerging epidemic and treatment with buprenorphine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 435–441.
- Moore, B., Fiellin, Barry, D., Sullivan, L., Chawarski, M., O'Connor P. & Schottenfeld, R. (2007). Primary Care Office-based Buprenorphine Treatment: Comparison of Heroin and Prescription Opioid Dependent Patients. *Journal of general internal medicine*, 22(4), 527–530.
- Oude Voshaar, R.C., Couvée, J.E., van Balkom, A.J., Mulder, J. & Zitman, F.G. (2006). Long-term outcome of two forms of randomised benzodiazepine discontinuation. *British Journal of Psychiatry*, 188, 188–189.
- Oude Voshaar, R.C., Gorgels, W.J., Mol, A.J., van Balkom, A.J., Mulder, J., van de Lisdonk, E.H., Breteler, M.H. & Zitman, F.G. (2006). Predictors of Long-Term Benzodiazepine Abstinence in Participants of a Randomized Controlled Benzodiazepine Withdrawal Program. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 445–452.
- Petursson, H. & Lader, M.H. (1981). Withdrawal from long-term benzodiazepine treatment. *British Medical Journal*, 283, 643–645.
- Rhodin, A., Grönbladh, L., Nilsson, L.H. & Gordh, T. (2006). Methadone treatment of chronic non-malignant pain and opioid dependence – A long-term follow-up. *European Journal of Pain*, 10, 271–278.
- Röger, S. (2005). Alkohol, narkotika och studentliv. En studie om attityder, tankar och användningen av alkohol och narkotika hos

- svenska högskole- och universitetsstudenter. Rapport 6. Mobilisering mot narkotika. Stockholm.
- Saxon, L., Hjemdahl, P., Hiltunen, A.J. & Borg, S. (1997). Effects of flumazenil in the treatment of benzodiazepine withdrawal: A double blind pilot study. *Psychopharmacology*, 131(2), 153–160.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2001). Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Systematisk litteraturöversikt. Rapportnummer 156. Stockholm.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2010). Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt. Rapportnummer 199. Stockholm.
- Sigmon, S.C., Dunn, K.E., Badger, G.J., Heil, S.H. & Higgins, S.T. (2009). Brief buprenorphine detoxification for the treatment of prescription opioid dependence: A pilot study. *Addictive Behaviors*, 34, 304–311.
- Simoni-Wastila, L. & Strickler, G. (2004). Risk factors associated with problem use of prescription drugs. *Am J Public Health*, 94, 266–268.
- Socialstyrelsen (1990). Allmänna råd om Beroendeframkallande psykofarmaka. Graphic Systems/Modin, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Bergslagens Grafiska AB, Lindsberg.
- Socialstyrelsen (2009). Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2009:27.
- Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation (1970). Sedativa. Hypnotika. Farmakologi. Klinik. Läkemedel mot oro, ångest och sömnsvårigheter. 3:I. Victor Pettersons Bokindustri AB, Stockholm.
- Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation (1970). Sedativa. Hypnotika. Farmakologi. Klinik. Läkemedel mot oro, ångest och sömnsvårigheter. 3:II. Victor Pettersons Bokindustri AB, Stockholm.
- Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation (1979). Sedativa. Hypnotika. Farmakologi. Klinik. Läkemedel mot sömnrubbningar, oro och ångest. 2:I. Tofters tryckeri AB, Östervåla.

- Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation (1979). Sedativa. Hypnotika. Farmakologi. Klinik. Läkemedel mot sömnrubbingar, oro och ångest. 2:II. Tofters tryckeri AB, Östervåla.
- Statens folkhälsoinstitut (2005–2009). Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor.
- Statens folkhälsoinstitut (Under tryckning). Narkotikavanor i befolkningen. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Subramaniam, G.A. & Stitzer, M.A. (2009). Clinical characteristics of treatment-seeking prescription opioid vs. heroin-using adolescents with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 101, 13–19.
- The World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland.
- Tyrer P., Rutherford D. & Huggett T. (1981). Benzodiazepine withdrawal symptoms and propranolol. *The Lancet*, 1, 520–522.
- Tönne, U., Hiltunen, A.J., Vikander, B., Engelbrektsson, K., Bergman, H., Bergman, I., Leifman, H. & Borg, S. (1995). Neuropsychological changes during steady-state drug use, withdrawal and abstinence in primary benzodiazepinedependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 299–304.
- van Hulst, R., Teeuw, K.B., Bakker, A. & Leufkens, H.G. (2003). Initial 3-month usage characteristics predict long-term use of benzodiazepines: an 8-year follow-up. *Eur J Clin Pharmacol*, 58, 689–694.
- Verdoux, H., Lagnaoui, R. & Begaud, B. (2005). Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies. *Psychological Medicine*, 35, 307–315.
- Vikander, B. & Andersson, G. (2000). Rehabilitering & behandling. Ett samarbetsprojekt för patienter med läkemedelsberoende. Tub-enheten, Beroendecentrum Nord. Centrala Stockholms produktionsområde.
- Vorma, H., Naukkarinen, H.H., Sarna, S.J. & Kuoppasalmi, K.I. (2005). Predictors of benzodiazepine discontinuation in subjects manifesting complicated dependence. *Substance use & Misuse*, 40, 499–510.

Bilaga 1**Läkemedelslista****Lugnande medel/Sedativa**

Alprazolam	N05BA12
Diazepam	N05BA01
Triazolam	N05CD05
Klonazepam	N03AE01
Oxazepam	N05BA04
Lorazepam	N05BA06
Pregabalin	N03AX16

Sömnmedel/Hypnotika

Flunitrazepam	N05CD03
Nitrazepam	N05CD02
Zopiklon	N05CF01
Zolpidem	N05CF02

Opioider/Analgetika huvudgrupp

Kodein	R05DA04
Kodein kombinationer	N02AA59
Tramadol	N02AX02
Morfin	N02AA01
Oxikodon	N02AA05
Hydromorfon	N02AA03
Ketobemidon	N02AB01
Fentanyl	N02AB03

Opioider/Analgetika bigrupp

Metadon	N07BC02
Buprenorfin kombinationer	N07BC51
Buprenorfin	N07BC01

Separat

Klometiazol	N05CM02
-------------	---------

Bilaga 2

Undersökning av behandling vid läkemedelsberoende 2010

Jenny Sjödin

RFHL Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende

Under 2010 har en telefonundersökning riktad mot samtliga landsting genomförts.

Landstingen fick följande frågor:

- **Finns program för läkemedelsberoende?**

I många landsting finns det program riktat särskilt mot läkemedelsberoende. De använder sig av egna framtagna ”metoder”. Endast Gävleborgslänslandsting uppger att de använder sig av TUB:s rekommendationer. Men även individuellt utformade behandlingsplaner förekommer.

- **Har de väntetid?**

Väntetiderna varierar mellan någon dag och upp till flera månader. I ett flertal landsting får man träffa en sjuksköterska inom en vecka men sedan kan det vara väldigt lång väntetid tills man får träffa läkare. Oftast räknas det som om man ”är inne i behandling” efter att ha träffat sköterska.

- **Krävs remiss?**

7 av 20 lansting kräver remiss, i ett av de fallen fungerar det med egenremiss.

- **Kan människor med beroende av flera substanser få hjälp inom ert landsting?**

Inom samtliga landsting kan man få hjälp om man är beroende av flera substanser. Det vanligaste är att man då trappar ner en substans i taget.

- **Vilka preparat betraktas som beroendemedel när det gäller läkemedel?**

Väldigt olika i olika landsting, allt från enbart läkemedel som är narkotikaklassade till alla substanser som individen själv känner att de inte kan hantera.

- **Hur lång är behandlingstiden?**
Allt från en veckas avgiftning till ett år i öppenvård.
- **Hur många läkemedelsberoende får hjälp per år?**
Väldigt få landsting för statistik över rent läkemedelsberoende, men skattningar ligger på mellan 10–150 personer per år.

Sammanställning av resultaten

Landsting	Väntetid	Remisstvång	Flera substanser	Benso- diasepiner	SSRI	Analgetika	Antal/år
NORRBOTTEN	Nej	Ja	Ja	Ja		Ja	10
JÄMTLAND	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	5–10
GÄVLEBORG	Ingen	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	16
VÄRMLAND HÄR FINNS INGEN HJÄLP ATT FÅ							
DALARNA	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	
VÄSTMANLAND	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	20–30
SÖDERMANLAND	1 vecka	Nej	Ja	Ja		Ja	25–30
UPPSALA	1 v–2 mån	Nej	Ja	Ja		Ja	50
ÖREBRO	Ingen	Ja	Ja	Ja		Ja	50–100
ÖSTERGÖTLAND	6–12 mån	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	100–125
HALLAND	Varierar	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	?
JÖNKÖPING	1 mån	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	20–35
KALMAR	2 månader	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	20
KRONOBERG	Max 2 veckor	Ja, egen remiss fungerar	Ja	Ja	Ja	Ja	10–20
VÄSTRA GÖTALAND	Varierar	Nej	Ja	Ja		Ja	5–10
REGION SKÅNE Lund	Ingen	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	100
REGION SKÅNE Malmö	2 mån	Nej	Ja	Ja		Ja	60
REGION SKÅNE Helsingborg	Ingen	Nej	Ja	Ja		Ja	20
STOCKHOLM	1 vecka – tio dar	Ja	Ja	Ja		Ja	450–500
GOTLAND	Nej	Nej	Ja	Ja		Ja	150

Blekinge, Västerbotten och Västernorrland finns inte med i sammanställningen. Dessa landsting hänvisar till den vårdcentral man tillhör. Det finns alltså inget program eller hjälp för läkemedelsberoende i dessa landsting.

I de fall beroendevård finns, erbjuder samtliga hjälp vid utsättande av bensodiazepiner och analgetika.

Sammanfattning

En stor skillnad nu mot när vi gjorde undersökningen 2004 är att fler börjar uppmärksamma SSRI preparat som beroende framkallande eller ”svåra att sluta med”. Det är dock långt ifrån alla landsting som ens vill diskutera huruvida det kan finnas en beroendeproblematik förknippade med SSRI utan man lägger då över det på patienten att om han eller hon har problem så missköter de preparaten.

Det är en enorm skillnad mellan den vård som erbjuds i de olika landstingen allt från ”snabbavgiftning” där man avgiftas på en vecka och sedan lämnas åt sitt öde, till långa årslånga program där man långsamt trappar ner och ur och där man under tiden blir erbjuden samtalsstöd.

13 Rapport om dopning

Stefan Arver, docent, Karolinska institutet

Mats Berglund, professor emeritus, Lunds universitet

Eva Edin, överläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset

Kajsa Mickelsson, utredare, Statens folkhälsoinstitut

Lars-Håkan Nilsson, läkare, Kriminalvården

Anders Rane, professor emeritus, Karolinska Institutet

Thord Rosén, docent, Sahlgrenska universitetssjukhuset

Kurt Skårberg, med. dr, Beroendecentrum Örebro

Sammanfattning

Både ICD-10 och DSM-IV tar upp missbruk av anabola androgena steroider, AAS, i sina diagnostiska system, men på olika sätt. ICD-10 kodar missbruk av steroider och hormoner i ett avsnitt om missbruk av icke-beroendeframkallande substanser. I DSM-IV inkluderas AAS i avsnittet om andra drogrelaterade tillstånd. Syftet är ofta att öka den fysiska prestationsförmågan och att uppnå fysiska skönhetsideal. Inte sällan används AAS för att stärka sitt "jag". Dopningsmedel tas i allmänhet i s.k. kurer, som kan omfatta många veckors eller flera (2–4) månaders regelbunden behandling.

Det saknas säkra data rörande antalet användare i dopningsmedel i Sverige. Prevalensstudier visar att omkring 1 procent av männen någon gång i livet har provat AAS och knappt en halv procent bland kvinnorna. Minst 10 000 personer bedöms ha brukat dopningsmedel under det senaste året. Av stort intresse är att 5,5 procent av patienter i öppenvårdsmottagning på en beroendeklinik uppgav att de tidigare hade använt AAS under minst 24 månader. Användningen är mer frekvent bland dem som tränar på gym, de som använder illegala droger och med de med lägre utbildningsnivå. Det finns också ett samband mellan AAS, aggressivitet och våld.

Vad gäller behandling finns inga randomiserade studier vad gäller AAS-missbruk. Behandlingsutbudet är begränsat i Sverige med mottagningar endast i Göteborg, Stockholm och Örebro.

13.1 Uppdraget

Arbetsgruppens uppdrag har varit att ge en situationsbild av kunskaps- och verksamhetsläget, och där så är möjligt, lämna förslag till framtida utveckling när det gäller åtgärder för personer som missbrukar eller är beroende av anabola androgena steroider (kroppsegena eller syntetiska steroider med vävnadsuppbyggande egenskaper och som ger eller förstärker manliga könskaraktistika) samt övriga preparat som inkluderats som dopingpreparat i dopningslagen.

Blandmissbruk mellan dopningsmedel och opioider, men även med centralstimulantia och alkohol, förekommer. Den narkotika- och läkemedelsanvändning som föranleds av försök att behandla sidoeffekterna av bruket av anabola androgena steroider (AAS) ska även beaktas.

Vissa preventionsaspekter är intimt förknippade med vård och behandling på området, och bör därför ingå i gruppens arbete, men tyngdpunkten ska inte ligga på de förebyggande insatserna.

Uppdraget omfattar:

- A. Att föreslå en arbetsdefinition av begreppet missbruk/beroende av anabola androgena steroider;
- B. Att ta fram bästa möjliga kunskap om problemets omfattning och användarnas karaktistika;
- C. Att sammanfatta befintligt behandlingsutbud i Sverige;
- D. Att ge en bild av evidensbaserade behandlingsmöjligheter;
- E. Att skissera en struktur för den vård som bör kunna erbjudas lokalt, regionalt och nationellt;
- F. Att skissera en struktur för kontinuerlig kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning på området;
- G. Att överväga behov av och former för kompetensutveckling.

13.2 Tidigare rapporter inom området

MOB: Seminarium om missbruk av hormonbaserade dopningsmedel. 2004-01-20.

MOB: Aktionsplan mot missbruk av hormonpreparat. 2006-12-13.

Arver S, Borg S, Rane A: Ansökan om medel för etablering av ett Nationellt Kunskapscentrum-Stockholm om Dopning och Anti-doping arbete samt tillhörande prospekt. 2007-04-25.

Mickelsson, K. (2010): Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder. Rapport 2009:15. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

SOU: Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården. En diskussionspromemoria från Missbruksutredningen (S 2008:04). 2010.

Thiblin I: Anabola androgena steroider och blandmissbruk – en prevalensuppskattning. Missbruksutredningen (S 2008:04). 2009-11-01.

Det pågår sedan tidigare ett omfattande arbete inom detta område av en nätverksgrupp ledd av Anders Rane. Eva Edin, Kurt Skårberg, Thord Rosén och Stefan Arver från arbetsgruppen ingår i detta nätverk. Kajsa Mickelson har författat rapporten ”Dopningen i Sverige” utgiven av Statens folkhälsoinstitut i december 2009, där hon inventerat utbredning, konsekvenser och åtgärd särskilt ur preventiv synpunkt. Hon arbetar för närvarande med Statens folkhälsoinstituts Folkhälsopolitiska rapport som skall lämnas till regeringen och bl.a. innehålla förslag till åtgärder inom detta område. Lars-Håkan Nilsson är medicinskt ansvarig för kriminalvårdens arbete med dopningproblemen. Mats Berglund har fungerat som ordförande och dessutom bidragit med avsnitt om diagnostik, epidemiologi och behandling.

Denna rapport är baserad på samverkan mellan dessa olika kompetenser. Medlemmarna i gruppen har skrivit separata avsnitt vad gäller punkterna A–D, som sedan har redigerats av Mats Berglund. Avsikten har varit att både ge information om kunskapsläget inom detta område och riktlinjer för det kliniska handläggandet av denna patientgrupp. Gruppen har sedan formulerat gemensamma synpunkter vad gäller den framtida strukturen för vård, kunskapsuppbyggnad och kompetensutveckling (punkterna E–G). Gruppen är

medveten om att uppläggnings- och skrivsätt kan variera i de olika avsnitten särskilt mellan de teoretiska och behandlingsinriktade delarna, men upplever detta inte bara som en nackdel utan också som en möjlighet till variation.

Nedan är förtecknat vem som skrivit vilket avsnitt.

- A. Missbruk/beroende av anabola androgena steroider**
 - Formell diagnostik (MB)
 - Arbetsdefinition av begreppet missbruk/beroende av anabola androgena steroider (AR)
- B. Att ta fram bästa möjliga kunskap om problemets omfattning och användarnas karakteristika**
 - Omfattningen av dopning (KM)
 - Användarnas karakteristika (KM)
 - Tre faser som användarna går igenom i kurandet (KM)
 - Svenska studier av patienter som behandlats för problem med anabola androgena steroider (KS)
 - FHI och Lunds universitets enkätundersökning (MB)
- C. Att sammanfatta befintligt behandlingsutbud i Sverige**
 - Resurscentrum för hormonmissbrukare på Endokrinsektionen, Sahlgrenska (TR, EE)
 - Behandlingsmottagning på Beroendecentrum i Örebro (KS)
 - Dopning inom Kriminalvården (LN)
 - Fallbeskrivningar (SA, EE, TR, KS)
- D. Att ge en bild av evidensbaserade behandlingsmöjligheter**
 - Litteraturgenomgång (MB)
 - Nationellt vårdprogram för patienter med missbruk av vissa hormonläkemedel, särskilt AAS (TR)
 - Behandlingsreflektioner (KS)
- E. Att skissera en struktur för den vård som bör kunna erbjudas lokalt, regionalt och nationellt**
- F+G. Att skissera en struktur för kontinuerlig kunskapsuppbyggnad och spridning på området och överväga behov av och former för kompetensutveckling**

13.3 Begreppet missbruk/beroende av anabola androgena steroider

Både **doping** och **dopning** används om missbruk/beroende av anabola androgena steroider. Termerna förefaller skilja sig åt innehållsmässigt (Mickelsson 2009).

Doping: fusk inom idrottsrörelsen genom tillsatser av otillåtna preparat eller användning av otillåtna metoder enligt World Anti-Doping Agency:s (WADA) dopinglista i syfte att höja sin prestationsförmåga. Brott mot WADA:s antidopingkod innefattar bland annat även illegal hantering och vägran att genomgå kontroll. WADA:s dopinglista (World Anti-Doping Agency, 2008) omfattar bl.a. anabola androgena steroider (AAS), tillväxthormon, amfetamin, efedrin, kokain, hasch och marijuana.

Dopning: den otillåtna hanteringen av sådana medel som omfattas av lagen (SFS 1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel (även kallad dopningslagen). Lagen innefattar syntetiska anabola androgena steroider, testosteron och dess derivat, tillväxthormon och kemiska substanser, som ökar produktion och frisättning av testosteron och dess derivat eller av tillväxthormon. Medan dopningslagen framför allt berör två typer av substanser (anabola androgena steroider och tillväxthormon) innehåller den idrottsliga förteckningen namngivna preparat av flera typer.

I denna rapport användes i regel termen **dopning**. När användandet av otillåtna preparat sker inom idrottsområdet används termen **doping**.

13.3.1 Formell diagnostik

Icke-medicinsk användning av anabola androgena steroider har under de senaste decennierna blivit ett samhällsproblem både i Sverige och internationellt. En del individer tar bara enstaka tabletter/injektioner under sin livstid, medan andra efter ett tag kraftigt ökar sin konsumtion av denna typ av preparat trots negativa medicinska, psykologiska och sociala konsekvenser. Ett beroende av anabola androgena steroider har utvecklats.

Det finns två stora diagnostiska system för diagnos och klassificering av psykiatriska tillstånd inklusive beroendetillstånd, ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) och DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual

of Mental Disorders). ICD-10 är utvecklat av WHO och inkluderar alla sjukdomstillstånd. Det är det officiella diagnossystemet i Sverige. DSM-IV är ett psykiatriskt diagnostiskt system utvecklat av the American Psychiatric Society som fått stor genomslagskraft internationellt och i Sverige.

Både ICD-10 och DSM-IV tar upp missbruk av anabola androgena steroider i sina diagnostiska system, men på olika sätt. ICD-10 kodar missbruk av steroider och hormoner i ett avsnitt om missbruk av icke-beroendeframkallande substanser. I DSM-IV inkluderas anabola androgena steroider i avsnittet om andra drogrelaterade tillstånd och både missbruk och beroende kan kodas beroende på vilka kriterier som är uppfyllda.

13.3.2 DSM-IV

Beroende (enligt DSM IV) föreligger om minst tre av följande kriterier uppfylls under en och samma tolv månaders period:

1. Ökad tolerans – behov av påtagligt ökad mängd pga. påtagligt minskad effekt.
2. Abstinens – karakteristiska abstinenssymptom.
3. Använder drogen i större mängd eller under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera bruket.
5. Mycket tid ägnas åt att få tag på drogen, använda drogen eller hämta sig från effekten.
6. Viktiga aktiviteter, på jobbet och fritiden, sociala aktiviteter etc., överges eller minskas pga. bruket.
7. Bruket av drogen fortsätter trots att man vet att fysiska eller psykiska besvär förvärras.

Missbruk (enligt DSM IV) föreligger om minst ett av följande kriterier uppfylls under en och samma tolv månadersperiod:

1. Upprepat bruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
2. Upprepat bruk i situationer som medför betydande risk för fysisk skada.
3. Upprepade problem med rättvisan då personen varit påverkad.
4. Fortsatt bruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förstärkta av droganvändandet.

Kanayama och medarbetare (2009a) föreslog inför arbetet med den nya versionen av DSM (DSM-V) att de diagnostiska kriterierna för beroende av anabola androgena steroider skulle förtydligas. Då detta förslag ger en god bild av det kliniska tillståndet har det inkluderats i denna rapport.

De föreslår att kriterierna kan konkretiseras på följande sätt:

1. *Ökad tolerans:* Den kraftiga ökningen av doserna kan ha samband med att tidigare doser inte ger önskvärd effekt (vad gäller muskelstorleken). Alternativt att en minskning av muskelstorleken sker trots oförändrade doser.
2. *Abstinens:* Två eller fler av följande symptom: sänkt stämningsläge, uttalad trötthet, sömnlöshet eller hypersomnia, minskad aptit och förlust av libido. Alternativt att anabola androgena steroider används för att minska eller undvika abstinenssymptom.
3. *Använder droger i större mängd eller under längre tid än som avsågs:* Mellanrummet mellan kurerna blir kortare än planerat eller upphör helt.
4. *Varaktig önskan eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera bruket:* Misslyckade försök att reducera eller upphöra med drogen pga. uttalad ångest för att förlora den uppnådda muskelstorleken.
5. *Mycket tid ägnas åt att få tag på drogen, använda drogen eller hämta sig från effekten:* Mycket tid i muskelbyggande aktiviteter (styrketräning, diet, kostförstärkning, umgänge med andra muskel-

- byggare) förutom den tid som åtgår för att skaffa och administrera drogen.
6. *Viktiga aktiviteter, på jobbet och fritiden, sociala aktiviteter etc., överges eller minskas på grund av bruket:* Orsakas av en extrem upptagenhet av att bevara den suprafysiologiska muskulaturen.
 7. *Bruket av drogen fortsätter trots att man vet att fysiska eller psykiska besvär förvärras:* Detta inkluderar medicinska problem som gynekomasti, sexuell dysfunktion, hypertension, dyslipidemia och kardimyopati eller psykologiska problem som dysfori (retlighet), svängningar av stämningsläget, uttalad irritabilitet och ökad aggressivitet.

13.3.3 ICD-10

Att det officiella nationella diagnostiska systemet, ICD-10, kodar missbruk av steroider och hormoner som missbruk av icke-beroendeframkallande substanser är ett principiellt problem. På grund av detta är det inte möjligt att dokumentera beroende av dessa substanser i den officiella svenska diagnostiken.

Det pågår för närvarande ett omfattande arbete att revidera de diagnostiska systemen, både DSM och ICD, för att utveckla DSM-V respektive ICD-11. Det är viktigt att Socialstyrelsen, som ansvarig för ICD-systemet, för fram argument för att dessa substanser kan leda till beroende och att de bör inkluderas bland beroendetillstånden.

I ICD-10 sker en uppdelning i beroende och skadligt bruk. Kriterierna för beroende skiljer sig något åt vad gäller DSM-IV och ICD-10. Överensstämmelserna mellan systemen är goda vad gäller beroende med samma bedömning i 95 procent av fallen vad gäller alkoholberoende. Däremot är överensstämmelsen låg vad gäller missbruk enligt DSM-IV och skadligt bruk enligt ICD-10.

I avvaktan på ICD-11 finns möjligheter att föra in nationella specialkoder. Missbruk av anabola androgena steroider m.m. i det nuvarande systemet kan kompletteras med a: beroende föreligger, b: skadligt bruk föreligger, c: varken beroende eller skadligt bruk föreligger. Detta kan beslutas nationellt. Vår uppfattning är att det skulle förbättra kunskaperna om frekvensen av användandet av anabola androgena steroider m.m. och dess konsekvenser för individen.

13.3.4 Missbruk/beroende av anabola androgena steroider

Samhället drabbas av stora kostnader av dopning. Det drabbar användaren med en rad allvarliga icke avsedda effekter och biffekter av fysisk eller psykisk natur. Sekundärt påverkar det också människor i användarens närhet, samhället i stort, inklusive sjukvården samt rättväsendet.

Eftersom missbruk är olagligt finns det anledning för användaren att dölja det för omgivningen. Det är en av förklaringarna till svårigheterna att identifiera missbruk i sjukvården, när användaren söker för symtom som är kopplade till bruket av olika medel. En annan förklaring är att missbruket är tämligen nytt och symtomen relativt okända.

13.3.5 Diagnostik

Diagnosen bygger på klinisk observation, lyhördhet och verifiering genom olika kemiska och farmakologiska analyser. En tidig diagnos sparar mycket tid och pengar och förbättrar möjligheten att ge missbrukaren en adekvat behandling. Det hör fortfarande till ovanligheterna att fråga patienter om alkoholanvändning – trots att det är en av de viktigaste orsakerna till skador, sjukdomar och våldsamma handlingar. Missbruk av dopningmedel är en långt senare företeelse och mindre känt inom sjukvården. Frågan om dopning ställs nästan aldrig till patienten och förekommer sällan i differentaldiagnostiken. Med tanke på ökningen av dopning hos unga människor är det viktigt att frågor om dopning i förekommande fall ingår i anamnesupptagningen.

Den kliniska diagnosen bör verifieras med en analys av AAS-substanser i urinprov. Utan kunskap om arten av missbruket vilar den kliniska handläggningen, vården och omhändertagandet på osäker grund. Värdet av den kliniska forskningen och möjligheten att hitta nya vårdprogram ökar om typen av missbruk är känt och kan verifieras.

13.3.6 Språkbruket

”Användning”, ”bruk” eller ”missbruk” av dopningmedel – vilket begrepp är bäst? Dessa termer har var och en sitt speciella signalvärde. I mötet med patienten är det viktigt att bygga upp ett för-

troende i behandlare-patient förhållandet baserat på sjukvårdens sekretessregler. Omständigheterna får därför avgöra vilket ord som ska föredras i mötet med patienten. Att kalla dopning för ”användning” eller ”bruk” av dopningsmedel ger intryck av en förlåtande attityd och kan ibland vara nödvändigt för att nå patienten. Att kalla dopning för ”missbruk” kan vara nödvändigt för att övertyga patienten om dess risker.

13.3.7 Preparat (typ av dopningspreparat)

Idrotten har sedan länge förbjudit användning av dopningsmedel i samband med tävling och träning. Regelverket omfattar förbud mot ett antal olika substansklasser (Tabell 1). Av dessa substansklasser är anabola androgena steroider (AAS) den mest brokiga och omfattande gruppen.

Tabell 1 Substansklasser och undergrupper förbjudna inom idrotten vid tävling enligt World Anti-Doping Agency

Substanser med anabol effekt*	Anabola androgena steroider (AAS)	Exogena AAS Endogena AAS
Peptidhormoner, tillväxtfaktorer och besläktade substanser*	Erytropoesstimulerande HCG, LH Insuliner Kortikotropiner GH, IGF1 etc.	
B2-stimulerare*		
Hormonantagonister och modulatorer*	Aromatashämmare Selektiva östrogenreceptormodulatorer Övriga antiöstrogena substanser	
Diuretika och andra maskerande substanser*		
Stimulantia		
Narkotiska smärtstillande medel (analgetika)		
Cannabinoider		
Glukokortikoider (kortison)		
<i>*förbjudna även utanför tävling</i>		

Idrottens regelverk stipuleras av World Anti-Doping Agency (WADA) men har ingen jurisdiktion utanför idrottsvärlden. WADA har kommit långt i jakten på otillåtna medel som ökar den fysiska kapaciteten och förtecknat alla förbjudna substanser i den sk Prohibited List (senaste versionen "The 2010 Prohibited List International Standard" (<http://www.wada-ama.org/en/World-Anti-Doping-Program/Sports-and-Anti-Doping-Organizations/International-Standards/Prohibited-List/>)). Här kan man finna namnen på de substanser som är otillåtna under rubriken Anabolic Androgenic Steroids(AAS), exogena såväl som endogena.

Den svenska *Dopningslagen* ger ingen motsvarande detaljerad förteckning av substanser utan omfattar i stället alla de substanser som utifrån lagens tolkning kan betraktas som dopningsmedel.

Som komplement till dopningslagen finns sedan 2006 en inofficiell vägledande lista över substanser som anses omfattas av lagen. Listan finns tillgänglig via Statens folkhälsoinstituts webbsida (www.fhi.se) och uppdateras regelbundet.

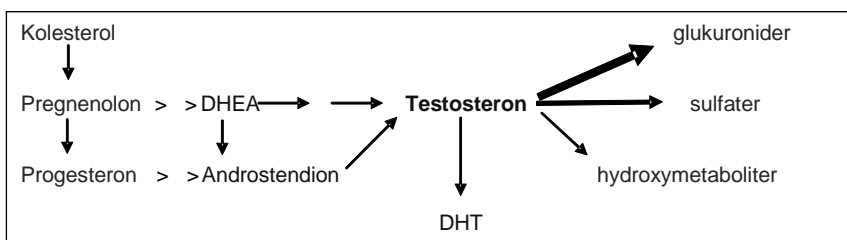
Naturligt nog sammanfaller missbruket i samhället av dopningsmedel ("samhällsmissbruket") till stor del med vad som förekommer inom idrottens doping. Uppfinningsrikedomen är stor och många AAS-användare kombinerar AAS med andra substanser eller läkemedel. Samtidigt missbruk av AAS och narkotika är vanligt, bl.a. inom kriminella kretsar (Gårevik & Rane, 2010). I en grupp från kriminalvården (N=56) med AAS-användande använde 73 procent också andra narkotiska preparat. Användandet av andra narkotiska preparat föregick användandet av AAS i 55 procent av fallen. I bara en femtedel av fallen hade AAS-användandet föregått användandet av narkotika.

Människor som söker vård pga. symtom som kan härledas till missbruk av AAS har olika syften med bruket. Syftet är ofta att öka den fysiska prestationsförmågan och att uppnå fysiska skönhetsideal. Inte sällan används AAS för att stärka sitt "jag". Nästan alla substanser inom gruppen AAS förenar dessa effekter, men den inbördes styrkan av de olika effekterna kan variera något. Det gäller såväl de endogena androgenerna som de exogena kopiorna eller exogena kemiska analoger.

Dopningsmedel tas i allmänhet i s.k. kurer, som kan omfatta några veckors eller flera (2–4) månaders regelbunden behandling. I allmänhet trappas doserna upp till ett maximum för att därefter långsamt minskas. Ibland adderar man andra medel, särskilt under kurens högdosperiod.

AAS är antingen kroppsegna eller syntetiserade (exogena). Testosteron är prototypen för en naturlig AAS. Det omvandlas bl.a. till det ännu mer potenta dihydrotestosteronet (DHT). Alla övriga nedbrytningsprodukter av testosteron har i allmänhet en svagare androgen effekt. Vissa försteg till testosteron, t.ex. androstendion och dehydroepiandrosteron (DHEA) har en svag androgen effekt och därmed också mindre missbrukspotential.

Figur 1 Testosteronet och några av dess försteg och metaboliter



Androgen aktivitet är markerad med blå färg. DHEA = dehydroepiandrosteron, DHT = dihydrotestosteron. Pilarnas tjocklek markerar metabolismvägarnas kvantitativa betydelse.

13.3.8 Några ofta missbrukade AAS

De androgena anabola androgena steroiderna delar gemensamma egenskaper, som framgår av namnet. Men den relativa potensen, dvs. effekt och biverkningar per viktsenhet skiljer sig starkt mellan preparaten. Den inbördes styrkan av anabol effekt och androgenicitet varierar också mellan preparaten. Det är viktigt att framhålla att de beskrivna egenskaperna inte alltid bygger på vetenskapliga studier, utan ofta representerar empirisk erfarenhet eller endast "uppfattningar" om medlens egenskaper. Av förklarliga skäl saknas oftast systematiska vetenskapligt grundade studier av steroidernas farmakologiska/endokrina egenskaper.

Testosteron

Detta är ett av de vanligast missbrukade medlen. Det naturliga testosteronet bildas hos män i testiklarna och i liten utsträckning också i prostata, sammanlagt cirka 7 mg per dygn. Hos kvinnor sker bildningen i ovarierna, men är endast 1/10 av mannens produktion. Injiceras vanligen intramuskulärt.

Nandrolon

Vid sidan av testosteron är nandrolon (Deca-Durabol) det vanligaste medlet i gruppen av AAS. Effekten på det endokrina systemet (bl.a. LH/FSH) kan kvarstå i många månader efter avslutat missbruk.

Methandrostenolon

Denna substans säljs bland annat under varunamnet *Dianabol*. Kallades tidigt för Ryssfemmor, eftersom de ryskimporterade preparaten innehöll 5 mg.

13.3.9 Läkemedel som påverkar produktion och/eller insöndring av anabola substanser

Till denna grupp hör bl.a. catapres (Catapresan) och clomifen (Clomid), som är en syntetisk steroid som ökar insöndringen av gonadotropa hormoner från hypofysen.

Tillväxthormon (GH) tillverkas numera nästan bara på syntetisk väg med rekombinantmetodik. Effekten på den fysiska prestationen kommer inte omedelbart och kan vara svår att förutse. Numera finns det metoder att skilja exogent tillfört från endogent tillväxthormon.

13.4 Att ta fram bästa möjliga kunskap om problemets omfattning, och användarnas karakteristika

13.4.1 Omfattningen av dopning

För att bedöma omfattningen av dopningsmedelsbruket bör data från flera kompletterande källor utnyttjas. Nedanstående översiktliga presentation är en sammanfattning av en mer ingående beskrivning i Folkhälsoinstitutets rapport "Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder" (Mickelsson, 2009). En del data härrör från studier vars syfte primärt har varit att kartlägga omfattningen av bruket, andra speglar konsekvenser av användningen såsom antalet personer misstänkta för dopnings-

brott. Beslagsstatistiken ger kompletterande information om förekomsten av dopningsmedel.

13.4.2 Metodologiska frågor

En generell svårighet, när det gäller att uppskatta antalet personer som brukar dopningsmedel, berör definitionen av en användare och när bruket ska anses vara aktuellt. Om detta finns ingen enhetlig syn. I enkäter om erfarenheten av dopningsmedel efterfrågas oftast om personernas användning någon gång i livet (livstidsprevalens), vilket i den vuxna befolkningen har ett begränsat värde för att uppskatta den aktuella situationen. I den yngre befolkningen kan dock livstidsprevalensen vara ett intressantare mått. Den aktuella användningen, dvs. det senaste året (årsprevalens), respektive användningen den senaste månaden (månadsprevalens), syftar till att spegla ett mer närliggande bruk, men har efterfrågats i minskad utsträckning. Detta på grund av att användare vanligen har månadslånga uppehåll mellan kurerna, varpå en regelbunden användare kan uppges ett icke-bruk den senaste månaden.

En stor del av de registerdata som presenteras återspeglar olika aktörers prioriteringar och verksamhet. En ökning eller minskning i statistiken återspeglar inte alltid faktiska förändringar i bruket.

I samband med frågeundersökningar bör ett antal metodproblem uppmärksammas särskilt:

- Urvalet kan ge ett felaktigt resultat genom att användarna är mer eller mindre frekvent närvarande i vissa grupper och sammanhang.
- Tillförlitligheten i resultaten påverkas av omfattningen av bortfallet, dvs. andelen personer som av olika skäl inte besvarar frågorna. Personerna i bortfallsgruppen skiljer sig från dem som svarat, vilket påverkar resultaten. Orsakerna bakom bortfallet kan vara ovilja att delta eller svara på en given fråga eller att personen är onåbar av olika anledningar, exempelvis bortrest, i fängelse eller på sjukhus. Genom bortfallsanalyser kan studiens tillförlitlighet förbättras.
- Att frågorna inte besvaras på rätt sätt kan ge ett snedvridet resultat. Sådana felsvar kan bero på människors sociala önskan att inte framstå som avvikande. Detta kan vara särskilt problematiskt när det gäller frågor om t.ex. dopning. I allmänhet antas

att dessa mätfel leder till en underskattning av droganvändningen, men även överskattningar kan förekomma (Andrén-Sandberg, 2008). Mätfelens omfattning för dopning jämfört med narkotika är okända.

- Om mätfelen är konstanta över tid kan undersökningsresultaten ge besked om utvecklingen. Detta kräver att studier upprepas med samma metodik på jämförbara populationer, vilket endast är fallet för skolundersökningarna. Dessa genomförs dock på en population, som är yngre än den ålder när debuten för dopningsmedelanvändning generellt sker. Mätfelen kan dock variera över tid till följd av bl.a. attitydförändringar.

13.4.3 Generellt i befolkningen

Frågeundersökningar bland vuxna, unga vuxna och unga – livstidsprevalens

I ett fåtal studier, som presenteras i Tabell 2 nedan, har dopningsprevalensen undersökts bland ett rikstäckande representativt urval vuxna och unga vuxna i Sverige. Fyra av de här 12 presenterade studierna härrör från 2000-talet.

Tabell 2 Andel av befolkningen som uppgett att de någon gång i livet har provat AAS. Olika uppdragsgivare och undersökningsföretag med varierade metoder. Procentuell fördelning bland män respektive kvinnor. 1993–2009

År	Uppdragsgivare	Undersökningsföretag	Metod	Antal respondenter (avrundat till jämna hundratal)	Åldersgrupp	Män %	Kvinnor %
1993	CAN	TEMO	Besöksintervju	1 000	15–75	0	0
1993	CAN m.fl.	SKOP	Telefonintervju	1 000	16–25	1	0
1994	CAN	TEMO	Besöksintervju	1 000	15–75	1	0
1994	Systembolaget	TEMO	Telefonintervju	800	16–24	2	1
1995	Socialdepartementet	TEMO	Telefonintervju	10 000	18–30	1	Ej inkluderade
1996	CAN	TEMO	Besöksintervju	1 500	15–75	0	0
1996	Systembolaget	TEMO	Telefonintervju	2 000	16–24	1	0
1998	Systembolaget	TEMO	Telefonintervju	2 000	16–24	0	0

2000	Systembolaget & FHI	TEMO	Besöksintervju	2 000	16–75	0	
2003	CAN, Alkohol-kommittén, Mobilisering mot narkotika, FHI & Systembolaget	ARS	Telefonintervju	3 000	16–24	1	0
2008	STAD	STAD	Via posten skickades vykort ut med hänvisning till enkäten som besvarades via Internet	10 000 (31 % svars-frekvens)	18–50	1*	0*
2008	FHI & Lunds universitet	SCB	Enkät	58 000 (52 % viktad svarsfrekvens)	15–64	1	0

* Avser användning av AAS + tillväxthormon

Befolkningsundersökningarna, som har gjorts på olika åldersgrupper och med varierande antal respondenter, pekar på att omkring en procent av männen och mindre än en halv procent av kvinnorna har testat AAS någon gång i livet. För yngre män är andelen något högre. Statistiken pekar inte på någon tydlig ökande eller minskande trend de dryga 15 år som frågan funnits med i enskilda enkäter.

Det senaste tillskottet utgörs av den studie som Statens folkhälsoinstitut genomförde, i samarbete med Lunds universitet och SCB, under hösten 2008; en enkätundersökning bland 58 000 personer mellan 15 och 64 år (Statens folkhälsoinstitut, opubl.) verifierar uppfattningen att de som har dopningserfarenhet befinner sig inom spannet 15–55 år och att merparten av dem som använder dopningsmedel antas vara 18–34 år.

CAN:s riksrepresentativa skolundersökningar utgör i dag de längsta fortlöpande tidsserierna som belyser prevalensen av dopningsmedelanvändning. I årskurs nio har AAS-erfarenheten efterfrågats sedan 1993 och i årskurs två på gymnasiet sedan 2004. Till följd av nyss nämnda resonemang att dopning förekommer mest frekvent i åldrarna 18–34 år kan skolundersökningarna inte användas för att uttala sig om användningen generellt i befolkningen. Resultaten är dock samstämmiga.

I båda årskurserna har mellan en och två procent av pojkarna uppgett att de någon gång har använt AAS (Hvitfeldt & Gripe, 2010). Av flickorna uppger knappt en halv till en procent erfarenhet. Samtidigt som frågeformuleringen ändrades under mitten av 2000-talet kan en mindre ökning av erfarenheten identifieras.

I den studie som nyligen genomförts för att få svar på universitets- och högskolestudenters drogvanor (Statens folkhälsoinstitut, opubl.-a) visar resultatet på att omkring en procent av männen i åldersgruppen 18–34 år och endast ett fåtal kvinnor någon gång provat AAS.

I gruppen unga vuxna ingår även de som mönstrar inför militär-tjänstgöring, mestadels 18-åriga män. I de drogvaneundersökningar som genomförts på gruppen till och med 2006 har en fråga om AAS funnits med sedan 1994. Det lilla antalet kvinnor som mönstrar för frivillig tjänstgöring ingår inte i redovisningarna. Andelen män som uppgav att de någon gång provat AAS har varje år varit kring en procent (Guttormsson, 2007).

13.4.4 Frågeundersökningar bland vuxna och unga vuxna – årsprevalens

För att få svar på hur många användare som finns i Sverige i dag är det mest intressant att titta på hur många som har använt dopningsmedel det gångna året. För detta finns sparsamt med jämförbara data. Två studier har tagit med frågan under 2000-talet. De senaste siffrorna baseras på det hittills största antalet respondenter för dopningsfrågan och härrör från Statens folkhälsoinstituts (2010) riksrepresentativa undersökning som genomfördes 2008. Sett till den grupp där bruket anses vara mest förekommande, nämligen bland 18–34-åriga män, hade 0,9 procent av männen använt dopningsmedel någon gång det senaste året (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Andelen i STAD:s undersökning, som genomfördes samma år, var betydligt lägre (0,1 procent) (Leifman & Rehnman, 2008b). STAD:s undersökning hade lägre svarsfrekvens och vände sig till färre respondenter; andelen är även beräknad för en bredare åldersgrupp. Av denna anledning väljer vi att titta närmare på FHI:s resultat.

Genom att extrapolera procentandelarna på respektive ålderskategori och kön i befolkningen får vi en uppfattning om antalet individer som andelarna motsvarar. Dessa estimat bör ses med för-

siktighet. Det beror på dels att procentalen inte sällan saknar decimaler, dels att åldersintervallen varierar kraftigt och snäva åldersintervall kan exkludera presumtiva användare. Sett till FHI:s resultat i gruppen 18–34-åriga män uppskattas omkring 9 000 män ha använt dopningsmedel någon gång det senaste året. Med hänsyn till den låga svarsbenägenheten och ovan nämnda metodsvårigheter talar resultaten för att minst 10 000 människor i Sverige har använt dopningsmedel det senaste året.

13.4.5 Hur många av de som använt anabola androgena steroider är regelbundna användare?

Kunskaperna om hur många av dem som använt AAS som är regelbundna användare är bristfällig. En nyligen publicerad studie av Petersson, Bengtsson, Voltaire-Carlsson och Thiblin (2010) har försökt besvara denna fråga. Alla manliga patienter i öppen vård på Maria Beroendecentrum tillfrågades under två månader om de använt anabola androgena steroider. Inget bortfall anges. 20/175 (11 procent) angav att de gjort det tidigare, medan en gjorde det för närvarande. Sex patienter hade använt det mindre än en månad, ytterligare 4 under ett halvår och 10 mer än 24 månader, inklusive 2 som båda använt det under 17 år. I genomsnitt debuterade patienterna i 20-årsåldern, men variationen var stor. Nittio procent angav att de tog AAS för att få en vackrare kropp och 75 procent för att bli starkare. Åttio procent rapporterade tillväxt av muskler, 65 procent ökad energi och 55 procent ökad libido. Sextio procent rapporterade irritation, 40 procent våldsamt beteende och 20 procent beroende av AAS.

Av stort intresse är att 5,5 procent av patienter i öppenvårdsmottagning på en beroendeklinik uppgav att de hade använt AAS under minst 24 månader. Fyrtio procent av dessa angav beroende av AAS. Dessa siffror har stora likheter med vad som rapporterats från Örebro vad gäller frekvensen av AAS-beroende.

Om vi har tillgång till data om hur många som söker för beroende i öppenvård i Sverige, vore det möjligt att uppskatta hur många med beroende, som också använt AAS under lång tid (minst 2 år). Vi vet att 60 procent av våldsamma dödsfall som tagit AAS också använt narkotiska preparat samtidigt. Detta skulle möjliggöra en ungefärlig uppskattning av antalet individer som under lång tid använt AAS-preparat i Sverige.

13.4.6 Uppskattningar baserade på bl.a. beslagsstatistik

Ett antal uppskattningar baserade på bl.a. beslagsstatistik från Tullverket och Polisen har gjorts för att försöka finna svar på hur omfattande användningen av dopningsmedel är. Estimat mellan 10 000 och 100 000 användare har presenterats i såväl vetenskaplig press som i Narkotikautredningens betänkande (SOU 2008:120). Dessa skattningar har dock karaktär av överslagsberäkningar med betydande osäkerhet och kan inte ligga till grund för slutsatser om dopningens omfattning i Sverige.

Beslags- och brottsstatistik

Beslagsstatistiken kan användas för att utläsa trender i tillgång och utbredning. Resultaten påverkas dock i hög grad av myndigheternas arbetssätt, där resurser, prioriteringar och metodik kan ge utslag utan förändringar i det faktiska bruket. Vad gäller narkotika betraktas antalsuppgifterna allmänt som en tillförlitligare indikator på tillgången än de beslagtagna mängderna. Anledningen är att enstaka stora beslag får stort genomslag, och det kan ibland vara fråga om narkotika avsett för andra marknader än den svenska. Liknande resonemang gäller med all säkerhet även för dopning. Beslagsstatistiken måste således tolkas med stor försiktighet. Statistiken visar på en fyrdubbling av det sammanräknade antalet dopningsbeslag de 15 senaste åren. År 1993 gjorde Tullverket och Polisen totalt 370 beslag. Efter en minskning de följande två åren ökade beslagen generellt och från 1999 blev ökningen mer markant. År 2009 uppgick det sammantagna antalet beslag till 1 856, vilket är den högsta siffran hitintills (Rikskriminalpolisen & Tullverket, 2010). Även de beslagtagna mängderna har, trots stora svängningar, ökat sedan mitten på 1990-talet. Exempelvis har det totala antalet tabletter som årligen tagits i beslag pendlat mellan färre än 100 000 till över en miljon och sedan 2006 har pulver tillkommit i beslagsstatistiken.

Brottsstatistiken presenterar de brott som har anmälts av Polisen, Tullverket eller åklagarna. Statistiken kan beskriva dopningsrelaterade smugglingsbrott (SFS 2000:1225) och brott enligt dopningslagen (SFS 1991:1969). Bland annat utgör en del av beslagsstatistiken, som presenterades ovan, en delmängd av smugglingsbrotten

och en annan del av beslagsstatistiken utgör en delmängd av de brott som följer av eget innehav enligt dopningslagen.

Dagligen begås brott som aldrig kommer till rättsväsendets kännedom. Att insatserna av polis, tull och åklagare påverkar framgår tydligt då statistiken dissekeras. Antalet brott per 100 000 invånare har ökat märkbart i enskilda län, då särskilda tillslag och prioriteringar har gjorts.

Brottsstatistik för brott mot dopningslagen (SFS 1991:1969) finns tillgänglig sedan 1993, då 564 brott anmäldes (Brottsförebyggande rådet, 2009b). Sedan dess har antalet anmälningar mer än tredubblats. År 2008 gjordes 1 957 anmälningar. Genomsnittligt har omkring två brott per person anmälts. Antalet misstänkta har ökat från omkring 200 år 1993 till knappt 900 personer år 2008. Ungefär två procent av de misstänkta har utgjorts av kvinnor. Perioden innefattar en lagskärpning 1999, då det egna bruket kriminaliserades. Omkring hälften av de anmälda brotten har lagförts och utvecklingen över antalet lagförda brott följer generellt utvecklingen för antalet misstänkta personer.

Utvecklingen av antalet anmälda och lagförda brott, misstänkta personer och antalet beslag av dopningsmedel följs åt och det står klart att en ökning av alla fyra parametrar har skett under 2000-talet. Det är dock ovisst hur mycket av ökningen som beror på myndigheternas arbetsinsatser och prioriteringar respektive en faktisk ökning av förekomsten av dopningsmedel i Sverige.

13.4.7 Specifika grupper och platser

Dopning bland personer som tränar på gym

Att erfarenheten av dopningsmedel bland personer som tränar på gym är vanligare än bland den generella befolkningen bekräftas bl.a. av fyra lokala enkätundersökningar, som genomförts på träningsanläggningar i Sverige (Hoff & Herngren, 2008; Institutet för lokal och regional demokrati, 2009; Leifman & Rehnman, 2008a; Malmö stadskontors folkhälsoenhet, 2008). Studierna visar på en livstidsprevalens mellan 3–5 procent. Fördelat på kön har 4–6 procent av männen och 0–4 procent av kvinnorna uppgett att de någon gång provat AAS/dopningsmedel. I åldrarna strax över 30 år uppgavs livstidsprevalensen vara betydligt högre. Några studier har även belyst tolv månadersprevalensen, som i ett fall uppgick till 1 procent

för samtliga svarande och i ett annat fall till 1 procent för män och näst intill noll för kvinnorna. Även en observationsstudie har genomförts som uppskattade punktprevalensen till 5 procent för männen och knappt en halv procent för kvinnorna (Leifman, Rehnman, Sjöblom & Holgersson, 2009).

13.4.8 Sammanfattning

Det saknas säkra data rörande antalet användare av dopningsmedel i Sverige. Prevalensstudier visar att omkring 1 procent av männen någon gång i livet har provat AAS och knappt en halv procent bland kvinnorna. Minst 10 000 personer bedöms ha brukat dopningsmedel under det senaste året. Ingen tydlig ökande eller minskande trend kan urskiljas de dryga 15 år som frågan funnits med i enskilda enkäter. Det finns samtidigt tecken på ökad illegal import av kemiska dopningsmedel, ökad tillverkning och försäljning på Internet det senaste decenniet och statistiken pekar på att antalet brott och beslag har ökat, vilket skulle kunna tyda på en ökad förekomst av dopning. De personer som har dopningserfarenhet befinner sig inom spannet 15–55 år och merparten som använder dopningsmedel antas vara män mellan 18–34 år. Användningen är mer frekvent bland dem som tränar på gym än bland den generella befolkningen. Omfattningen av dopning i samhället är svår att skatta.

13.4.9 Anabola androgena steroider och blandmissbruk – en prevalensuppskattning

Missbruksutredningen har beställt en studie av Ingemar Thiblin för att få en uppfattning om hur vanligt det är med AAS hos avlidna med misstänkt narkotikamissbruk som undersökts på rättsmedicinsk avdelning.

Bakgrunden är en studie av Petersson, Garle, Holmgren, Druid, Krantz och Thiblin (2006) med titeln "Toxicological findings and manner of death in autopsied users of anabolic androgenic steroids". Alla fall som identifierats med positiva AAS-test på samtliga rättsmedicinska kliniker i Sverige 1992–2003 (N=53) ingick i studien. 31 (60 procent) av dessa hade också positiva tester för förekomst av narkotika. De jämfördes med 68 fall, med missbruk av heroin eller amfetamin med positiva tester för endera av dessa pre-

parat, som undersökts 2000–2001. Efter inklusion i studien analyserades dessa vad gällde förekomst av AAS-preparat och alla var negativa.

Få fall analyserades vad gällde AAS. Till exempel genomfördes år 2000 totalt 5 200 undersökningar. Bland dessa genomfördes narkotikaanalyser i 1 206 (23 procent) fall och AAS-analyser i 28 (0,5 procent) fall. Under åren 1992–2003 var 49/378 (13 procent) fall positiva för AAS. AAS-analyser genomfördes oftast om en klinisk bild på steroidpåverkan förelåg och möjligen kan ett mörkertal föreligga framför allt i gruppen utan klinisk bild på steroidpåverkan.

För att få en uppfattning av positiva AAS-analyser i gruppen där rättsläkaren bad om narkotikaanalyser, genomfördes en AAS-studie av 100 slumpvis utvalda fall. Tre fall hade positiva AAS-analyser. I ett av dessa hade rättsläkaren bett om AAS-analyser. De två övriga fallen avled av heroinöverdos och alkoholförgiftning. De hade BMI på 25 och 23.

Under åren 2006–2009 inkom totalt 20 307 prover. Av dessa screenades 7 767 prov för narkotikaförekomst varav 1 305 (17 procent) var positiva. Under dessa fyra år genomfördes i genomsnitt 1942 narkotikaanalyser. Om frekvensen av positiva AAS-analyser var 3procent i hela denna gruppen skulle omkring 58 individer per år ha positiv test för AAS av de fall som rättsmedicinskt undersökes. Motsvarande siffra för individer med positiva tester för illegala narkotika är 330 fall per år. Det innebär att det är 5–6 gånger vanligare att denna grupp har positiva prover för illegala narkotika än för AAS.

År 2007 uppgick antalet narkotikarelaterade dödsfall till cirka 400. Det stämmer väl överens med antalet fall med positiva prov för illegal narkotika. Antalet individer med ”problematisk narkotikaanvändande” var 2007 totalt 29 500 individer. Dessa utgör majoriteten av alla som avlider med positiva narkotikaprover

Om risken för upptäckt i ett rättsmedicinskt material är lika stor för AAS som för illegala narkotika och dödsrisken också lika stor skulle antalet individer med problematiskt användande av AAS kunna beräknas $AAS\ problem = 58/330 \times 29\ 500 = 5\ 184$. Det finns naturligtvis många invändningar mot de aktuella beräkningarna. De stödjer dock uppskattningen att antalet användare i Sverige är omkring 10 000.

13.4.10 Användarnas karaktäristika

Nedanstående text avser beskriva användarnas karaktäristika utifrån de grupper som använder dopningsmedel. Bakgrundsfaktorer, psykiska såväl som sociala dimensioner, diskuteras liksom utsattheten för dödlighet. I likhet med tidigare text är detta, samt efterföljande avsnitt gällande psykiska dimensioner, sociala dimensioner, dödlighet och tre faser som användarna går igenom i kuranget, en sammanfattning av en mer ingående beskrivning i Folkhälsoinstitutets rapport "Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder" (Mickelsson, 2009).

13.4.11 Grupper som använder dopningsmedel

Anledningen till att en person börjar använda dopningsmedel varierar. Användarna är enligt flera studier risktagande och experimenterar ofta med livet (Eklöf, Thurelius, Garle, Rane & Sjöqvist, 2003; Middleman & DuRant, 1996). De fysiska, psykiska och sociala riskerna anses för många vara värda att utsätta sig för (i de fall dessa är kända för användaren) för att närma sig det mål som ligger bakom användningen (Quaglio et al., 2009). Bruket motiveras inte främst av eufori, rekreation eller social samvaro, vilket är vanligt för narkotika och alkohol. Snarare handlar det om en osäkerhet, som användaren vill dölja med hjälp av de effekter som dopningsmedel ger. Framför allt tre grupper av användare har definierats av såväl forskare som praktiker (Moberg & Hermansson, 2006; National Institute on Drug Abuse, 2006). Inga studier har genomförts som visar på hur stora dessa grupper är i förhållande till varandra. Grupperna är:

- idrottsmän
- esteter
- våldsverkare.

Idrottsmän

Idrottsmännen är den ursprungliga gruppen som började använda dopningsmedel. Huvudsyftet för idrottsmän som dopar sig har under alla år varit att öka den egna idrottsliga prestationen genom bättre styrka, kraft, snabbhet, ökad muskelstorlek och aggressivitet

(Graham, Davies, Grace, Kicman, & Baker, 2008). Den organiserade idrotten har länge haft ett aktivt antidopingarbete genom Riksidrottsförbundet, som lägger stort fokus på dopingtester. Bland elit- och tävlingsidrottarna är andelen positiva tester färre än bland motionärerna (Riksidrottsförbundet, 2009).

Esteter

Esteterna använder dopningsmedel primärt i kosmetiskt syfte för att förbättra utseendet, bli starka och närma sig de skönhetsideal som de strävar efter. Målet att nå en vackrare och kraftfullare kropp är för merparten användare den främsta anledningen till att bruket påbörjas och att användningen fortsätter (Graham et al., 2008; Nilsson, Baigi, Marklund, & Fridlund, 2001; Parkinson & Evans, 2006). Såväl kroppsbyggare med tävlingsambitioner som motionärer ingår i gruppen. Esteterna tränar, äter ofta rätt och "sköter" sin kropp, men skyndar på uppbyggnaden genom att använda AAS. Det finns inget lika effektivt sätt, genom mat eller träning, att på kort tid uppnå samma muskelvolym som med hjälp av AAS (Noakes, 2004). Esteterna strävar efter snabba resultat och har narcissistiska motiv för sitt bruk. Dessutom finns en uttalad längtan efter att bli sedda och beundrade (Moberg & Hermansson, 2006). Anledningen till önskan att få en mer muskulös kropp kan variera. Pope menar att det är reaktioner på de västerländska kroppsidealerna (Pope, Phillips, & Olivardia, 2000; Yang, Gray, & Pope, 2005), en följd av den samhälleliga normen som förmedlas kring utseendets betydelse samt den sociala acceptansen att ta hjälp på vägen för att uppnå målet. Oavsett var vi bor, varifrån vi kommer eller har växt upp omges vi av sociala, historiska och traditionella mönster i vår omgivning. Dessa mönster varierar över världen och inverkar på oss ur många aspekter. Bland annat inverkar de på vår kroppsuppfattning och våra mål med den egna kroppen. Det finns skillnader i synen på den manliga kroppen i väst och öst (Yang et al., 2005). I Kina har det hitintills varit ett begränsat intresse att få en överdrivet muskulös kropp. Den kinesiska kulturen riktar idealen mer mot psykisk styrka, självständigt tänkande och mod. En person med hög ålder för med sig mer respekt än en yngre person i en välbyggd kropp. Som den östasiatiska kulturens motpol finner vi den "kaliforniska livsstilen" där muskulösa, ungdomliga och solbrända män står högt i kurs (Andrén-Sandberg, 2008).

Våldsverkare

Våldsverkarna kan använda dopningsmedel för att uppnå en såväl fysisk som psykisk förändring av sig själva (Moberg & Hermansson, 2006; National Institute on Drug Abuse, 2006). De eftersträvar större kroppsvolym, ökad styrka, aggressivitet och en känsla av omnipotens för att förbättra förmågan att slåss och skrämmas. Manligheten förtydligas och i gruppen återfinns bl.a. yrkeskriminella. En vidare diskussion om denna grupp samt kopplingen mellan dopningsmedel och våld finns att läsa i det senare avsnittet om Aggressivitet och våld.

Ytterligare motiv

En användare tillhör sällan bara en grupp. En användare kan ha olika motiv för sitt bruk och motiven kan också skifta under användningens gång. Utöver ovanstående gruppindelning finns även andra motiv för bruk: att använda dopningsmedel som en drog i sig, att uppnå en mental förändring och att bli berusad (Graham et al., 2008; Kindlundh, Isacson, Berglund & Nyberg, 1998). AAS används även som en effektförstärkare för exempelvis amfetamin. Liksom det finns användare som enbart använder dopningsmedel förekommer även ett tydligt blandmissbruk, där dopningsmedel uppträder bland andra droger (Gårevik & Rane, 2010). Användandet av andra preparat kan tillkomma efter introduktionen av dopningsmedel med motivet att exempelvis öka effekten av AAS eller att minska bieffekterna som uppstår under och efter kurerne (Sjöqvist, Garle & Rane, 2008). AAS-användande kan även följa annat drogbruk. Många blandmissbrukare har tidiga motiv som liknar estaternas. En del tränar parallellt med sitt användande och andra upphör med träningen då upplevelsen av drogeffekten är fullt nog för dem. Det är möjligt att blandmissbrukare även kan hänföras till gruppen våldsverkare, eftersom de ofta figurerar i sådana sammanhang.

Användare av dopningsmedel, som hamnar utanför eller i gränzonerna av indelningen ovan, är också de som tar substansen för att uppnå en bättre position jämfört med sin omgivning. Det handlar om "vanliga" killar, som vill bli modigare och få ökad respekt, utrymme och acceptans utan att ha ett aggressions- eller våldssyfte. De vill förbättra sitt självförtroende, öka i rang i kompisskaran och

omgivningen, se större ut, få en känsla av mod och dominans i kombination med en kaxig och säker attityd (bl.a. (Hildebrandt, Langenbucher, Carr, Sanjuan & Park, 2006; Kindlundh et al., 1998) Ytterligare motiv som bl.a. framkommit ur enkätundersökningar till skolungdomar är att dopningsmedel används för att ”det är kul” eller ”för att kompisarna gör det” (Kindlundh et al., 2002; Kindlundh et al., 1998).

13.4.12 Bakgrundsfaktorer

Förutom kön och ålder är kunskapen begränsad om vilka faktorer som ligger bakom ett dopningsmedelsbruk.

Kön och ålder

Det har länge funnits konsensus om att majoriteten av dem som använder dopningsmedel är män (Mickelsson, 2009). Användning förekommer även hos kvinnor, men i betydligt lägre utsträckning.

Debutåldern för bruk är relativt hög, kring 18–22 år (Börjesson, 2008; Sjöqvist et al., 2008; Skårberg, Nyberg & Engstrom, 2008). En dopningsdebut under 15 eller över 30 års ålder är ovanlig. Genom att anta att bruket i Sverige pågått i fem till tio år innan det identifierades som ett samhällsproblem för cirka 20 år sedan, kan merparten användare antas vara yngre än 55 år. De som 2009 har dopningserfarenhet befinner sig då inom spannet 15–55 år och merparten av dem som använder dopningsmedel antas vara 18–34 år (Börjesson, 2008; Rikskriminalpolisen & Tullverket, 2008; Mickelsson, 2009).

Social bakgrund

Forskningen kring vilken social bakgrund som föreligger vid dopningsmedelsbruk är inte tillräcklig för att fastslå säkra samband. Den befintliga kunskapen grundar sig till stor del på studier av personer som har uppsökt behandling (Skårberg, 2009b). Dessa personer har ofta kommit långt i sitt användande och är inte representativa för hela användargruppen.

Under åren 2003–2008 har Kurt Skårberg djupstuderat en grupp AAS-användare som uppsökt behandling för sitt AAS-bruk i Örebro.

Av studierna framkommer det att vårdsökande AAS-användare har en relativt ofördelaktig social bakgrund (Skårberg & Engstrom, 2007; Skårberg et al., 2008). Merparten har växt upp i konfliktfyllda familjer med alkohol- och läkemedelsproblem. Skårberg kan dock inte se några säkra samband med narkotikaanvändning i familjen under uppväxten. Många har upplevt en barndom med generell bristande socialt stöd. Nästan varannan har misshandlats (fysiskt eller psykiskt) under uppväxten. Utsattheten för våld under barndomen eller tidigare i livet lyfts även fram i andra studier (Petersson, Garle, Holmgren et al., 2006).

Människors sociala situation analyseras ibland utifrån existensen av djupare relationer med personer i omgivningen och under uppväxten. I Skårbergs studier (Skårberg & Engstrom, 2007; Skårberg et al., 2008) anger endast drygt hälften av AAS-användare att de i dagsläget har tillgång till och skulle kunna ta hjälp av närstående som spelat stor roll under uppväxten – om detta skulle behövas vid exempelvis en motgång. Ingen av användarna som uppsökt behandling anger att de hade någon vän som för dem spelade en stor roll som barn. En enkätstudie av Kindlundh et al. (2001) bland skolelever visar att personer med starkt kamratstöd i lägre omfattning har erfarenhet av AAS.

Utbildningsbakgrund

Det fåtal studier som har belyst skolgången uppger att AAS-användare vanligen har få positiva erfarenheter av skolan. Merparten med AAS-erfarenhet har haft akademiska svårigheter i skolan, vanligen i form av inlärnings- och koncentrationsproblem. De har vantrivts, varit uttråkade, skoltrötta och ofta skolkat (Kindlundh, Isacson, Berglund & Nyberg, 1999; Nilsson, Spak, Marklund, Baigi & Allebeck, 2004; Skårberg et al., 2008). Undersökningar som belyst utbildningsnivå pekar på att AAS-användare generellt har lägre utbildning än dem utan erfarenhet av AAS (Skårberg & Engstrom, 2007).

Det framkommer dock även i studier att användare av dopningsmedel kan ha haft en god och ordnad uppväxt, skött skolan och nått en högre utbildning (Skårberg et al., 2008). Sannolikt finns olika typer av brukare med mer eller mindre gynnsam bakgrund, men där den mindre gynnsamma överväger.

Självförtroende, självkänsla, beteendestörning och hyperaktivitet

En historia av beteendestörningar i barndomen är ofta rapporterad av användarna och i vissa fall även hyperaktivitet. Ett antal undersökningar lyfter fram att ett dåligt självförtroende kan ligga bakom AAS-användning (Kindlundh, Hagekull, Isacson & Nyberg, 2001). Användare känner sig ofta osäkra och har visat sig ha sämre självkänsla (Thiblin & Parlklo, 2002) och i vissa fall ligger en felaktig kroppsuppfattning bakom.

Muskeldysmorfi

Vissa personer som använder dopningsmedel har en felaktig kroppsuppfattning och kan i detta bli besatta av den egna övertygelsen att inte vara tillräckligt stora, starka och muskulösa – oavsett hur muskulös personen verkligen är. I litteraturen används bl.a. begreppet muskeldysmorfi och paralleller dras till anorexi, där personerna ser sig själva som tjocka när de studerar sig i spegeln – oavsett hur smala de är (Pope Jr., Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997; Rohman, 2009). Det är dock osäkert huruvida muskeldysmorfi är en orsak till eller effekt av dopningsmedelanvändningen (Cole, Smith, Halford & Wagstaff, 2003).

13.4.13 Psykiska dimensioner

Användning av dopningsmedel påverkar psyket på flera plan. Betydligt mindre finns skrivet om de psykiska bieffekterna av AAS-bruk än om de fysiska. Osäkerheten kring hur de psykiska bieffekterna uppstår gör att det är svårt att avgöra om bruk av dopningsmedel i sig orsakar dessa eller om vissa psykiska karaktärsdrag kan vara orsak till att man börjar med dopning. Det är alltså svårt att veta hur stor roll själva bruket spelar för de humör- och personlighetsförändringar samt de mentala problem som uppstår (Kanayama, Hudson & Pope, 2008; Rohman, 2009). Möjligen påbörjas bruket i flera fall när de mentala problemen redan är närvarande (Talih, Fattal & Malone, 2007). Den individuella utsattheten påstås spela extra stor roll för psykiska sidoeffekter (Pagonis, Angelopoulos, Koukoulis & Hadjichristodoulou, 2006; Pagonis, Angelopoulos, Koukoulis, Hadjichristodoulou & Toli, 2006).

I en studie på AAS-beroende individer, icke-AAS-beroende användare och icke-användare framkom (Kanayama, Hudson & Pope, 2009) att AAS-beroende individer oftare hade uppförande eller beteende störning, störd kroppsuppfattning, drogberoende (ej alkohol), opioidberoende och kokainberoende än övriga. Ej beroende AAS-användare skilde sig inte från icke-användare. Debutåldern skilde sig inte mellan beroende och icke-beroende användare, antalet veckor med AAS var tio gånger längre och maximala veckodosen tre gånger högre för beroende än icke-beroende AAS-användare. Till skillnad från icke-AAS-användare samt icke-beroende AAS-användare visade sig AAS-beroende män ha en hög grad av psykiatrisk samsjuklighet. Författarna föreslår att individer med AAS-beroende och individer med narkotikaberoende har liknande underliggande biologisk och neuropsykologisk utsatthet. De samband med psykiatriska symptom som rapporteras för kliniska patienter återfinns alltså inte i denna grupp av aktiva missbrukare. Det är välkänt från beroendelitteraturen att individer med både psykiatrisk och beroendediagnos söker betydligt oftare än de som bara har en diagnos. Falska positiva samband kan därför erhållas i kliniska material.

Depressiva symptom

Historiskt sett har låga doser av AAS använts i behandlingar av depressioner och melankoli (Basaria, Wahlstrom & Dobs, 2001). AAS påverkar psyket i flera dimensioner och kliniska iakttagelser pekar på depressiva symptom som ett resultat av AAS-användning. Att personer efter långvarigt bruk av AAS får allvarliga depressiva symptom är ingen ny kunskap (Brower, 1997, 2002; Kashkin & Kleber, 1989; Malone, Dimeff, Lombardo & Sample, 1995), men osäkerhet råder fortfarande kring hur stor del själva bruket av dopningsmedlet spelar. Depressiva symptom, med åtföljande riskscenarier, ses i dagsläget som de vanligaste, mest utbredda och troligtvis allvarligaste biverkningarna efter avbrutet AAS-intag. Besvären eskalerar efter en längre tids användning. Det är framför allt under perioderna mellan kurerna eller efter avbrutet intag, som de uppenbarar sig (Brower, 2002; Kashkin & Kleber, 1989). De depressiva symtomen blir en riskfaktor i sig för såväl våld som självmord och kan således innebära en direkt fara för den deprimerade personen och dess omgivning.

Mod, omnipotens och odödlighetskänsla

Användare av dopningsmedel upplever ofta ett större mod och en känsla av dominans (Johansson, Hallberg, Kindlundh & Nyberg, 2000; Lindqvist & Fahlke, 2005; Steensland, Blakely, Nyberg, Fahlke & Pohorecky, 2005). I kombination med en stark omnipotens och odödlighetskänsla beskriver fallstudier en upplevd nästintill överdriven styrka. Hur denna känsla yttrar sig i form av våldsbägenhet eller annat riskbeteende finns det ingen forskning om.

Aggressivitet och våld

Aggression är en vanlig rapporterad psykisk effekt vid AAS-bruk (Chantal, Soubranne & Brunel, 2009; Clark & Henderson, 2003; Cunningham & McGinnis, 2008; Wichstrom & Pedersen, 2001). Djurstudier från bl.a. Uppsala universitet på råttor visar att hjärnan påverkas i områden som associeras med aggressionsbeteende vid intag av dopningsmedel (Chantal et al., 2009; Clark & Henderson, 2003; Cunningham & McGinnis, 2008; Hallberg, Johansson, Kindlundh & Nyberg, 2000; Kindlundh, Lindblom & Nyberg, 2003; Wichstrom & Pedersen, 2001). En generell koppling görs till att personer som tagit AAS sannolikt blir mer aggressiva. Betendeförändringen tycks vara långvarig, men möjligen övergående (Steensland, Blakely et al., 2005). Detta talar för ett visst samband, där AAS-användningen ligger före aggressiviteten (Choi & Pope, 1994; Steensland, Hallberg, Kindlundh, Fahlke & Nyberg, 2005).

Aggressionen yttrar sig särskilt vid provokation. Verbal aggressivitet och våld riktat mot användarens partner har rapporterats in vid upprepade tillfällen. Aggressivitet ses inte alltid som en negativ egenskap. Rapporter tyder på att flera användare, inte minst kvinnor som använder dopningsmedel, uppfattar ökad aggressivitet som en positiv bieffekt, som kan resultera i att de fortsätter med bruket (Bahrke, Yesalis, Kopstein & Stephens, 2000; Lindqvist & Fahlke, 2005; Thiblin, Lindquist & Rajs, 2000).

Kopplingen mellan AAS och våld har diskuterats i över 20 år. Flera spektakulära, svårbegripliga och råa våldshandlingar har sedan dess kopplats till AAS. Medierna har engagerats och belyst flera fall. Våld som uppstått till följd av AAS-bruk har många gånger varit brutalt och lättutlöst och provokationen har ibland varit minimal (Pope Jr. & Katz, 1990; Thiblin & Parklo, 2002). AAS-

bruk har visat sig kunna leda till vettlösa och oplanerade överfall och mord (Hall & Chapman, 2005). I upprepade fallrapporter har förövaren inte kunnat förklara sitt handlande efteråt och våldet har beskrivits som oförklarligt i relation till den tidigare personligheten.

En våldshandling beror på flera samvarierande förklaringsfaktorer. Fia Klötz lyfter fram i sin avhandling (2008) att de riskfaktorer som är gemensamma för kriminalitet och missbruk också kan ha ett stort förklaringsvärde för AAS-våldet. Merparten av våldsverkarna har haft någon tidigare psykisk störning och har vid genomförandet även varit påverkade av någon annan substans, vanligen alkohol (Skårberg, 2009a). Emellertid visar färsk forskning att AAS utgör ett eget förklaringsvärde i samband med våldshandlingar (Beaver, Vaughn, Delisi & Wright, 2008).

Det finns således ett samband mellan AAS, aggressivitet och våld. Det är ännu inte klarlagt i vilken omfattning förklaringsvärdet finns i AAS respektive omkringliggande och framför allt tidigare förekommande bakgrundsfaktorer. Enligt Klötz (2008) är det möjligt att AAS-bruk kan vara den utlösande faktorn för personer i riskzonen, så att en våldsam handling begås. Nedan diskuteras vidare att det dessutom delvis är påvisat att våldet eskalerar med AAS-användning och till och med blir grövre.

En ny svensk studie ifrågasätter emellertid detta samband. Lundholm och medarbetare (2010) studerade 3 597 missbrukande klienter, 3 201 män (89 procent) och 396 kvinnor (11 procent), från två häkten 2002–2008 med strukturerade intervjuer vad gällde typ av brott, huvuddrog det senaste året och användning av AAS. 924 (26 procent) klienter 904 (98 procent) män och 20 (2 procent) kvinnor hade använt AAS. De som använt AAS hade en högre frekvens av aktuella våldsamma brott (OR=1,28, CI95 procent 1,08, 1,51) efter kontroll för kön och ålder. I genomsnitt hade användandet av AAS senast skett 4,0 år före brottet. 67 klienter (7 procent) hade använt AAS den senaste månaden. Deras frekvens av våldsamma brott var 37 procent jämfört med 36 procent för de som någon gång använt AAS och 26 procent för dem som inte använt AAS. Droganvändandet skilde inte mellan grupperna med undantag för bensodiazepiner, där AAS-användarna hade en högre frekvens, 8 procent respektive 4 procent. Författarna påpekar att det således inte verkar finnas något tidsmässigt samband mellan AAS-användande och våldsamma brott utan skillnaderna sannolikt förklaras av faktorer som impulsivt beteende och antisocial livsstil.

13.4.14 Kriminalitet

All icke-medicinsk hantering av dopningsmedel är illegal i sig. Här diskuteras kopplingen mellan användningen av dopningsmedel och kriminell aktivitet utöver det egna bruket och hanteringen av dopningsmedel. Ovan beskrivs att användning av AAS medför en känsla av social dominans, tveklöshet och omnipotens. AAS kan därför anses optimalt att använda i samband med kriminella handlingar. Det vetenskapliga stödet för hur stor del av sambandet som kan tillskrivas AAS-bruket i sig självt är inte heller här klarlagt. I de fall då ett samband mellan AAS-användning och kriminalitet ses är det sällan klarlagt i vilken tidsordning dessa fenomen uppträtt. Vissa studier och experter pekar på att AAS introduceras efter påbörjad kriminalitet (Käll, 2008; Wallin, 2009). Detta kan vara i direkt syfte att bättre bemästra sin kriminalitet genom den inverkan substansen har på kropp och psyke. Andra studier pekar på att AAS-bruk leder till kriminalitet genom att användaren bl.a. blir mer aggressiv och utagerande (Skårberg, 2009b; Thiblin & Parlklo, 2002). Genom sitt bruk kommer användaren i kontakt med andra kriminella, vilket i sig kan leda till en kriminell introduktion. Möjligt finns stöd för båda hypoteserna.

I en färsk studie på vårdsökande för AAS vid ett psykiatriskt behandlingscentrum i Örebro uppgav 35 av 36 att de blivit dömda för kriminella handlingar (Skårberg, 2009b). Av de 32 som fanns med i brottsregistret hade två tredjedelar ingen brottslig erfarenhet före AAS-debuten. Personer som påbörjar ett substansbruk med narkotika tycks ha en större brottsbenägenhet redan innan substansbruket, än vad som är fallet vid introduktion av AAS, där AAS ges ett större förklaringsvärde. Likt tidigare vetenskaplig forskning pekar Skårberg på att brottsligheten förändras och blir grövre efter introduktionen av AAS. Våldshandlingar tycks bli rårare och våldsamare då AAS är med i bilden (Beaver et al., 2008; Klötz, 2008; Klötz, Garle, Granath & Thiblin, 2006; Pagonis, Angelopoulos, Koukoulis, Hadjichristodoulou et al., 2006). Detta stärker Popes slutsats att "AAS-användning är en signifikant faktor för kriminellt beteende" (Pope et al., 1996). Kopplingen blir än starkare i kombination med annat substansbruk (Klötz et al., 2006; Skårberg, 2010; Skårberg, Nyberg & Engstrom, 2009).

13.4.15 Sociala dimensioner

Det finns inga vetenskapliga belägg för att dopning i sig medför ökad risk för att hamna i den typ av social misär som associeras med intensivt narkotikamissbruk. Det är inte ovanligt att annat drogbruk förekommer. Relationsproblem tycks vara vanligt (Parkinson & Evans, 2006) liksom fysisk och psykisk misshandel av närstående och andra. Annan kriminalitet som förekommer är vapenbrott och stöld (Skårberg & Engström, 2007). Dessutom innebär användningen en ökad risk för en antisocial livsstil (Rohman, 2009; Thiblin & Parlklo, 2002). Fallrapporter vittnar om personer som blivit besatta av sin träning och sin dopning. Denna fixering leder ibland till att många av livets övriga aspekter helt kommer i skymundan. Det tycks inte finnas några studier, utöver fallstudier, som beskriver denna extrema fixering eller hur den inverkar på den egna ekonomin, de sociala kontakterna, familjerelationerna etc. (Thiblin, 2008).

13.4.16 Dödlighet

De flesta läkemedel har en dokumenterad akut giftighet vid överdosering. Detta gäller inte AAS och det finns inga kända nivåer för vilka intag som riskerar att leda till akut död (Quaglio et al., 2009). Oavsett detta har ett antal svenska studier visat på att AAS-användning medför en ökad risk för att dö i förtid (Petersson, Garle, Granath & Thiblin, 2006; Thiblin & Petersson, 2005; Thiblin, Runeson & Rajs, 1999). Det kan bero på kroppsliga komplikationer såsom hjärtdöd, självmord eller död till följd av det risktagande individen utsätter sig för i samband med bruk (Petersson, Garle, Holmgren et al., 2006).

Det finns inga vetenskapliga bevis som styrker ett kausalt samband mellan AAS-användning och självmord. Självmord är den vanligaste dödsorsaken bland män under 35 år (Kriminalvården, 2009) och dessutom den vanligaste orsaken till för tidig död bland personer med psykisk störning. Självmordstankar bland användarna förekommer (Petersson, 2008), men många samverkande faktorer spelar in för att genomföra handlingen. De depressiva symptom som kan följa dopning, och som presenteras tidigare i denna rapport, har föreslagits som en bidragande faktor i vissa självmordsfall. I en obduktionsstudie (Petersson, Garle, Granath & Thiblin, 2006)

på avlidna AAS-användare och avlidna AAS-negativa heroinister respektive amfetaminister visade sig de AAS-positiva i högre utsträckning ha dött av mord eller självmord (s.k. avsiktlig död) än narkomanerna, där överdoser dominerade. Medelåldern vid dödsfallet var dessutom betydligt lägre (24,5 år) för de AAS-positiva än för de som använt heroin (34 år) eller amfetamin (40 år).

Ytterligare en riskfaktor för att dö i förtid är att befinna sig i en kriminell miljö, vilket i sig ökar risken att bli inblandad i våld. AAS-användare som är riskbenägna, impulsiva och aggressiva har än större risk att utsätta sig eller bli utsatta för dödligt våld (Petersson, Garle, Granath et al., 2006; Thiblin et al., 2000). Exempelvis har en stor del av dem som skjutits i s.k. kriminella uppgörelser under 2000-talet i Stockholm och Uppsala haft AAS-erfarenhet (Thiblin, 2008).

13.4.17 Tre faser som användarna går igenom i kurandet

Forskare och praktiker talar om tre faser som avlöser varandra i användandet av dopningsmedel. (Hermansson & Moberg, 2008; Rosén, 2009) Faserna kopplas till de upplevelser och framför allt mentala steg, som användaren går igenom i kurandet och kan beskrivas enligt nedan.

1. De flesta användare upplever i början en rad positiva effekter från sitt AAS-bruk (Hildebrandt, Schlundt, Langenbucher & Chung, 2006). Detta är den *första fasen*. Vissa beskriver upplevelsen som ”den bästa någonsin i sitt liv” (Skårberg, Nyberg & Engstrom, 2008). Användaren får en ökad energi och entusiasm och ökad sexualdrift (Bahrke, Wright, Strauss & Catlin, 1992). De upplever en ökad social acceptans och högre social status. Behovet av sömn minskar (Hall & Chapman, 2005). Muskelvolymen ökar vanligen och därmed styrkan, vilket stärker självförtroendet och en känsla av oövervinnelighet uppstår. Samtidigt hävdar några (Midgley, Heather & Davies, 2001; Rosén, 2009) att det redan här uppstår en irritabilitet och fientlighet, medan andra forskare skjuter över dessa effekter till fas två.
2. *Fas två* är den som uppstår efter en tid med upptrappad dosering. Användaren riskerar att få försämrat omdöme och en förlust av sin impuls kontroll, vilket kan leda till provocerade raseriutbrott. Aggressivitet och paranoia kan utvecklas och det är

vanligt med snabba humörsvängningar (Papazisis, Kouvelas, Mastrogianni & Karastergiou, 2007; Pope & Katz, 1994) Fixeringen vid kroppen, träningen och preparaten förstärks (Moberg & Hermansson, 2006; Skårberg et al., 2008).

3. Efter avslutad kur kommer användaren in i abstinensfasen, *fas tre*. Självförtroendet sjunker och apati, håglöshet, mani och ångest uppstår (Talih, Fattal & Malone, 2007). Depressionen, som är en av de mest uttalade psykiska biverkningarna, kommer krypande (Hall & Chapman, 2005).

Cykeln med sina tre faser börjar om vid återkommande kurer. Efter en längre tids kurande tenderar de negativa effekterna överväga de positiva (Skårberg et al., 2008). Det finns också en liten andel användare som aldrig upplever några negativa effekter.

13.4.18 Svenska studier av patienter som behandlats för problem med anabola androgena steroider

Nedan följer en presentation av svenska studier av patienter i behandling för missbruk eller beroende av anabola androgena steroider som genomgått peer-review (granskade av andra forskare innan publicering).

Skårberg, K. & Engström, I. (2007) Troubled social background of male anabolic-androgenic steroid abusers in treatment. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2, 20.

Syftet med studien var att undersöka både social bakgrund samt aktuell social situation hos användare av anabola androgena steroider (AAS). Trettiofyra AAS-användande patienter från ett Beroendecentrum (BC) jämfördes med två grupper, 18 AAS-användare samt 259 personer som aldrig använt AAS från ett gym i Örebro län, Sverige. Studien baseras på semi-strukturerade intervjuer samt enkäter. Berättelser om problemfylld uppväxt liksom aktuell social situation var vanligare hos AAS-användarna. De beskrev även om problem i relationerna med föräldrarna och nästan hälften hade upplevt fysisk eller psykisk misshandel under uppväxten. BC-gruppens erfarenheter från skoltiden var mestadels negativa, vilket inkluderade koncentrationssvårigheter, skoltrötthet samt inlärningsproblem. I den aktuella sociala situationen berättade AAS-

användarna om missbruk av andra droger, övergrepp mot närstående samt annan kriminalitet, t.ex. misshandel, vapeninnehav samt stöld. Sammanfattningsvis visar denna studie att användare av AAS ofta upplevt en problemfylld social bakgrund samt aktuell social situation. Detta understryker vikten av att utföra en noggrann social utredning som en del av ett behandlingsprogram.

Skarberg, K., Nyberg, F. & Engström, I. (2008) The development of multiple drug use among anabolic-androgenic steroid users: six subjective case reports. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 3, 24.

I denna studie var syftet att öka kunskapen kring hur AAS-användande utvecklas. Sex AAS-användande patienter som sökte hjälp för AAS-relaterade problem på ett beroendecentrum djupintervjuades, fyra män och två kvinnor. Frågorna som ställdes berörde den sociala bakgrunden, preparat- och droganvändande, utvecklingen av användandet samt erfarenheter av AAS-relaterade effekter. Studien baserades på semistrukturerade intervjuer samt patienternas egna berättelser. Resultatet visar en signifikant skillnad hos patienterna i utvecklandet av AAS-användande i relation till den sociala bakgrunden, drogstart, utvecklingen av droganvändandet, anledningen till användandet av olika droger samt erfarenheter av bieffekter. Majoriteten hade en problemfylld social bakgrund. Användandet av AAS var starkt förknippat med träning på gym. Användandet av andra droger var vanligt, antingen tillsammans eller stegvis upptrappat. Denna studie visar att AAS-användande, tillsammans med andra droger eller inte, kan skilja sig mellan olika individer. Resultatet visar att det är viktigt att de som träffar AAS-användare har en bra generell kunskap kring AAS- användandet tillsammans med ett genuint intresse av varje individ samt dennes livshistoria.

Skarberg, K., Nyberg, F. & Engstrom, I. (2009) Multisubstance use as a feature of addiction to anabolic-androgenic steroids. European Addiction Research, 15: 99–106.

För att utreda det totala droganvändandet hos användare av anabola androgena steroider (AAS) användes i denna studie semistrukturerade intervjuer samt frågeformulär. En jämförelse skedde mellan 32 AAS-användande patienter från Beroendecentrum (BC) och 19 användare samt 324 icke-användare från ett gym i Örebro län.

Resultatet pekar på att blandmissbruk av droger var vanligare hos AAS-användarna samt att mer än en fjärdedel av patienterna från BC var beroende av amfetamin. Förutom tabletter och injicerbara AAS användes andra hormonpreparat, narkotika, alkohol, olika typer av mediciner samt kosttillskott. Trots att våra data kanske inte kan överföras till alla AAS-användarna visar resultatet att det är viktigt med en noggrann utredning kring alla preparat och droger vid framställan av ett behandlingsprogram.

Skarberg, K., Nyberg, F. & Engstrom, I. (2010) Is there an association between use of anabolic-androgenic steroids and criminality? European Addiction Research. 16 (4): 213-9.

Syftet med denna studie var att öka kunskapen mellan en möjlig koppling kring AAS-användande och kriminalitet. Studien baserades på intervjuer och BRÅ:s kriminalitetsdata hos 32 AAS-användare, som sökt hjälp för AAS-relaterade problem på en psykiatrisk beroendemottagning i Sverige. Analysen skedde enligt ett kodsystem, där hänsyn tagits såväl till brottens svårighetsgrad som till den tidsperiod under vilken brotten begåtts. Resultaten jämfördes mellan två grupper av patienter, som har olika mönster när det gäller utvecklingen av sitt AAS-användande och som har olika debutdrog, AAS eller narkotika. Den kriminella aktiviteten ökade hos 69 procent av patienterna efter att AAS-användandet startade. Detta var speciellt tydligt hos den grupp som startat sitt totala droganvändande med AAS. Våldsbrott och vapenbrott visade en tydlig ökning efter att AAS börjat användas. Studien visar även en signifikant minskning av kriminalitet efter behandling, speciellt hos de som börjat sitt droganvändande med AAS. Resultatet tyder på att det finns en koppling mellan AAS-användande och kriminalitet, speciellt för våldsbrott samt vapenbrott och att denna kriminalitet kan öka när AAS kombineras med narkotika.

13.4.19 Statens folkhälsoinstitut och Lunds universitets enkätundersökning

Den största studien i Sverige med enkätmetoden genomfördes 2008 av Statens folkhälsoinstitut och Lunds universitet. Den inkluderade 58 000 individer med en viktad svarsfrekvens på 52 procent. I enkäten ställdes också frågor om alkohol och narkotika, mående

och besök på gym och andra träningsanläggningar. Uppgifter fanns också om civilstånd, inkomst och utbildning. Detta ger möjligheter att analysera sambanden mellan användandet av anabola androgena steroider och andra faktorer i den allmänna befolkningen.

Individer med ökad risk för cannabisanvändande, det vanligaste använda narkotikapreparatet i Sverige, inkluderades i större omfattning i studien än individer med liten risk. Detta baserades på tidigare undersökningar av cannabisanvändandet i Sverige (den nationella folkhälsoenkäten). Detta innebar bland annat att individer över 45 års ålder var få i enkäten.

När resultaten presenteras tas hänsyn hur urvalet skett, dvs. resultaten viktas. I denna redovisning kommer de olika frekvenserna att anges viktade. Den statistiska bearbetningen, logistisk regressionsanalys, har genomförts på oviktade data. Vår bedömning är att den presenterade modellen är stabil och tillförlitlig.

I bearbetningen har endast användning någon gång under livet använts vad gäller frågor om anabola androgena steroider och andra droger. Frågorna om anabola androgena steroider och aktivitet på gym presenteras här. Övriga frågor finns presenterade på nätet (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

(37) Har du någon gång använt anabola androgena steroider?

- 1 Nej
- 2 Nej, men blivit erbjuden
- 3 Ja, för mer än 12 månader sen
- 4 Ja, de senaste 12 månaderna
- 5 Ja, den senaste månaden

(71) Tränar du på gym eller annan träningsanläggning?

- 1 Nej
- 2 Ja, enstaka tillfälle
- 3 Ja, regelbundet

I tabell 3 redovisas användning av droger, besök på gym och utbildning hos dem som använt anabola androgena steroider jämfört med dem som inte gjort det. Värdena är viktade. Anabola androgena steroider har använts av 0,7 procent av männen och ett fåtal av kvinnorna. Kvinnornas resultat överensstämmer i stort sett med

männens. Vissa skillnader föreligger, men dessa kan vara beroende av att kvinnorna är få, vilket gör att skillnaderna i regel inte är statistiskt säkerställda. Den fortsatta redogörelsen kommer endast att omfatta männen.

Frekvenserna av alla typer av droganvändning är många gånger fler bland dem som använt anabola androgena steroider än bland övriga. Störst är skillnaderna bland dem som använt smärtstillande mediciner utan läkares ordination. Fyrtioen procent av dem som använt anabola androgena steroider tränar regelbundet på gym mot 22 procent av övriga. Endast 9 procent av dem som använt anabola androgena steroider har eftergymnasial utbildning mot 33 procent av övriga.

Tabell 3 Livstidsanvändning av droger, besök på gym och utbildning hos de som använt respektive ej använt anabola androgena steroider uppdelat på kön. 15–64 år. Viktade värden

	Män		Kvinnor	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Anabola androgena steroider	0,7 %	99,3 %	0,0 %	100,0 %
Cannabis	64 %	21 %	77 %	11 %
Amfetamin	60 %	6 %	75 %	3 %
Kokain	19 %	4 %	72 %	2 %
Opiater	12 %	2 %	65 %	1 %
Ecstasy	57 %	2 %	67 %	2 %
Hallucinogener	15 %	3 %	56 %	2 %
Lugnande mediciner utan läkares ordination	18 %	5 %	71 %	7 %
Smärtstillande mediciner utan läkares ordination	46 %	10 %	71 %	10 %
Smärtstillande eller lugnande utan läkares ordination	49 %	11 %	71 %	13 %
Illegal narkotika	65 %	21 %	84 %	12 %
Alkohol, riskkonsumtion	77 %	26 %	34 %	14 %
Tränar du regelbundet på gym eller annan träningsanläggning	41 %	22 %	27 %	26 %
Eftergymnasial utbildning	9 %	33 %	30 %	35 %

I den fortsatta analysen jämförs tre modeller (Tabell 4). Den första modellen inkluderar endast bakgrundsdata, den andra bakgrundsdata och regelbundna gymbesök och den tredje bakgrundsdata, regelbundna gymbesök och aktuell situation inkluderande användning av olika typer av droger. Storleken på sambanden när andra faktorer hållits konstanta anges med OR (odds ratios). Om denna är statistiskt säkerställd markeras det med fetstil. Nittiofem procent konfidensintervall anges för alla värden i den tredje modellen. Om konfidensintervallen ej skär värdet ett är OR-värdet signifikant. Ju längre från 1 värdena är desto starkare är sambanden. I denna analys är de flesta samband mycket starka och signifikanta på 1-promillnivån. Konfidensintervallen för modell 1 och 2 anges ej.

I den första modellen är ålder och eftergymnasial utbildning signifikanta. När OR-värdet är negativt innebär det ett negativt samband, dvs. att avsaknad av eftergymnasial utbildning ökar risken för att använda anabola androgena steroider. Ålder är också signifikant i modell två, men ej i modell tre. Detta innebär att förklaringsvärdet av de nya variablerna i modellen är starkare än åldern, som inte längre är av betydelse. Däremot fortsätter eftergymnasial utbildning att vara statistiskt signifikant i alla modeller, vilket innebär att det har en självständig betydelse för att förstå användandet av anabola androgena steroider.

I den andra modellen ingår regelbunden träning på gym. Denna träning har ett positivt samband med att använda anabola androgena steroider. Sambandet blir till och med något starkare i modell tre.

I den tredje modellen har variablerna ”användning av smärtstillande eller lugnande mediciner utan läkares ordination” och ”användning av illegal narkotika” mycket starka samband med användning av anabola androgena steroider. Observera att värdet för regelbunden träning på gym inte minskar. Detta talar för att denna variabel är oberoende av användning av droger. Om ett sådant samband föreligger skulle OR-värdet för regelbunden träning på gym kraftigt minska i modell tre.

I den tredje modellen har också ”ekonomiska problem” och ”rökning” ett självständigt positivt samband med användning av anabola androgena steroider. Dessa samband är sannolikt relaterade till den typiska livsstil som föreligger i samband med droganvändning. Slutligen finns ett positivt samband med ”inkomst över medianen”. Detta har sannolikt samband med att ekonomiska problem inkluderats i modellen. De med inkomst över medianen har sanno-

likt mindre ekonomiska problem än övriga och därav en ökad OR. Däremot är riskfylld alkoholkonsumtion inte relaterat till anabola androgena steroider när övriga faktorer hålls konstanta. Hur väl förklarar de olika modellerna verkligheten? I sista raden anges Nagelkerke R, som är ett mått på förklarad varians. Modell ett och två har låga förklaringsvärden (0,02 och 0,03), medan modell tre har ett mycket högre förklaringsvärde (0,21). Detta talar för att låg utbildningsnivå, regelbunden träning på gym och användande av narkotiska droger bör inkluderas i en modell av hur anabola androgena steroider används.

Tabell 4 Oddskvoter (OR) för hierarkisk multivariat binomial logistisk regression, samt för sista stegets analys 95 % konfidensintervall (95 % KI) för män. Utfallet i samtliga steg är användning av anabola androgena steroider. Oviktad analys. N=14 160 varav 240 som använt anabola androgena steroider

	Modell 1 OR	Modell 2 OR	Modell 3 OR	95 %	KI
BAKGRUND					
Ålder (5-årsintervall)	1,22	1,25	1,06	0,96	1,17
Född i Sverige	1,25	1,38	1,35	0,69	2,66
Eftergymnasial utbildning	0,41	0,39	0,37	0,27	0,52
Inkomst (övre median)	0,90	0,86	1,42	1,01	2,00
Sambo	1,22	1,25	1,26	0,93	1,72
GYM					
Tränar du regelbundet på gym eller annan träningsanläggning		1,53	1,85	1,35	2,54
AKTUELL SITUATION					
Ekonomiska problem			1,83	1,27	2,65
Dåligt hälsotillstånd			1,16	0,78	1,72
Rökning			1,76	1,21	2,57
Alkohol, riskkonsumtion			1,09	0,80	1,49
Smärtstillande eller lugnande utan läkares ordination			5,06	3,68	6,96
Illegala narkotika			4,18	2,86	6,11
Nagelkerke R	0,03	0,03	0,21		

Signifikanta värden markerade med fetstil

13.5 Befintligt behandlingsutbud i Sverige

13.5.1 Bakgrund

Sedan 1993 har Dopingjouren på Huddinge sjukhus varit aktiv med främst telefonrådgivning, för närvarande cirka 2 000–3 000 samtal per år, men har även en mottagningsverksamhet. De senaste åren har Resurscentra för Hormonmissbrukare skapats i Örebro och Göteborg, och ett forskningscentrum i Uppsala är aktivt inom området. Vidare finns ett Nationellt Nätverk mot Anabola, Androgena Steroider, med regelbundna sammankomster för hormon-dopningsintressenter. Nätverket har bl.a. gjort uppvaktning på Socialdepartementet och medverkat i Dopningsseminarium på Rosenbad och har tidigare tilldelats forskningsmedel via Mobilisering mot narkotika och FoU-medel.

13.5.2 Resurscentrum för hormonmissbrukare på Endokrinsektionen, Sahlgrenska

Sedan 2002–2003 finns ett s.k. Resurscentrum för hormonmissbrukare på Endokrinsektionen, Sahlgrenska, där främst Thord Rosén tillsammans med Christer Ehrnberg tar emot patienter med aktuellt eller genomgången missbruk av främst Anabola, Androgena Steroider (AAS). Under dessa år har drygt 100 nyremitterade patienter undersökts. En ovärderlig kunskap i handläggandet av dessa patienter har erhållits, inkluderande sjukdomsbild och terapi. Varje nybesök tar oftast 2–2,5 timmar i anspråk. Mottagningen har kontakt med Eva Edin, Narkomanpol, Järntorget, för akut omhändertagande av patienter med till AAS-bruket hörande svåra psykiska problem. Vidare sker samarbete med kardiologer och plastikkirurger, samt vid behov sociala myndigheter och skola.

Parallellt med den kliniska verksamheten bedrivs ett forskningsprojekt tillsammans med bl.a. Psykologiska institutionen samt Institutionen för Socialt arbete, samt Kardiologen/Klin Fys SS och CKÖ. Detta är baserat på en systematisk utvärdering av patienterna ur medicinsk (läkarundersökning med droganamnes, EKG/UCG, laborationer inkl. dopningstest), psykologisk (frågeformulär), psykiatrisk (SCID-intervju) samt sociologisk (djup-intervju) synvinkel. Denna direktkontakt med patienterna ger värdefull kunskap om bl.a. bakgrund till missbruket, gymmiljö, skillnader i de enskilda preparatens effekter samt eventuella somatiska

och psykiska biverkningar. Utöver den fasta staben i forskningsgruppen knytes även adjungerade medarbetare i form av läkarstuderande och sjuksköterskor, personal inom kriminalvården och gymrörelsen, för genomförande av specifika enskilda projektarbeten inom Resurscentrats ram.

Några av de uppenbara vinsterna med särskilda Resurscentra för hormonmissbrukare är att AAS-patienterna sköts på ett ställe, där den lokala kunskapen om denna patientgrupp blir stor, via den direkta patientkontakten och forskning. Den regionala remissgången har underlättats, så att dessa patienter direkt kan remitteras till en specialenhet. Resurscentrat skapar via patientkontakterna möjlighet att hitta nya patienter på gymmen. Vidare har resurscentrat blivit en diskussionspartner lokalt-regionalt i dessa frågor och ett fruktsamt samarbete har utvecklats med skolan, idrottsrörelsen, gymmen och polisen, inte minst via utbildningsverksamhet. Centrat har hjälpt till att identifiera AAS-dopningsproblemen i samhället för makthavare och inom utbildningssektionen för bl.a. läkare och sjuksköterskor. Det övergripande målet är att ett lokalt Resurscentrum skapas på åtminstone varje universitetsort, och att så småningom varje sjukhus utanför universitetsorterna har en specialintresserad ”dopningsläkare”.

13.5.3 Aktuella forskningsprojekt vid Resurscentrat

Patienterna genomgår en omfattande medicinsk, psykiatrisk, psykologisk och social utvärdering, som i sin tur genererar forskningsprojekt, där samband kan studeras mellan AAS-bruket och komplikationer på kort och lång sikt, ur medicinska, psykiatriska och sociala aspekter. Vidare är det viktigt att finna förklaringsmodeller till uppkomsten av AAS-bruket, samt att utveckla en optimal omhändertagandemodell för dessa patienter.

13.5.4 Resurscentrats deltagande i nätverk, statliga utredningar, undervisning

Erfarenheter och specifika kunskaper från Resurscentrat efterfrågas i det nationella arbetet mot hormondopningen i Sverige. Centrat deltar aktivt i:

1. Nationella Nätverket mot hormondopning med regelbundna årliga möten.
2. Statens folkhälsoinstituts (FHI) utredning om dopningens utbredning i Sverige, samt i en förnyad utredning via Socialdepartementet om mål och metoder att ta hand om hormonmissbrukarna.
3. FHI:s expertgrupp angående uppdatering av substanser på dopinglistan, där samarbete med åklagarmyndigheter försöker fastställa straffsatsen för dopningsbrott.
4. Nationell terapiplan mot hormondopning, ledd av professor Anders Rane, Dopningsjouren, Huddinge.
5. Hearing om dopningsfrågor på regeringskansliet i december 2009, med tre ministrar närvarande, där synpunkter framfördes på terapin för hormonmissbrukare i Sverige, baserat på erfarenheter från Resurscentrat.
6. Uppbyggandet av ett nytt Dopningscentrum i Malmö och regelbundna föreläsningar om hormondopning lokalt och nationellt för vårdpersonal och skola.

Patientmaterial

Antal:	106 (104 män/2 kvinnor)
Ålder vid nybesök:	27,7 år
Debutålder AAS-bruk:	20,1 år
Duration AAS-bruk:	6,1 år
Sju patienter har avlidit. Dödsålder: 23, 24, 26, 27, 27, 27 resp. 47 år.	

Analys av dödsorsaker samt relation till normalbefolkning pågår.

På alla patienter föreligger kumulativ dos på samtliga AAS-preparat. Se nedan.

Tabell 5 AA-preparat

Preparat	Generiskt namn	Medeldos mg/vecka	Intervall
RYSSFEMMOR-DIANABOL	Methandrostenolone	200	(35–550)
NANDROLON	Nandrolon Decanoat	415	(210–1 000)
DECA-DURABOLIN	Nandrolon Decanoat	370	(50–1 400)
TESTOVIRON DEPOT	Depot-testosteron	510	(250–1 000)
TESTO-ENANTATE	Depot-testosteron	785	(125–3 500)
TESTO-CYPIONATE	Depot-testosteron	710	(235–1 050)
TESTO-PROPIONATE	Depot-testosteron	335	(175–700)
TESTERONE TERAMEX	Depot-testosteron	450	(250–1 000)
TESTEX	Depot-2 testo	450	(250–1 000)
SUSTANON	Blandning 4 testo	535	(115–535)
OMNADREN	Blandning 4 testo	505	(125–1 500)
WINSTROL	Stanozolol	210	(50–700)
ANADROL	Oxymetholone	395	(50–1 040)
UNDESTOR-ANDRIOL	Testo-Undecanoate	1 320	(280–4 200)
PRIMBOLAN	Methenolene	380	(60–3 335)
PARABOLAN	Trenbolone	320	(40–1 500)
EQUIPOISE	Boldenone	335	(75–905)
MASTERON	Bromostanolone	540	(70–525)
PROVIRON	Mesterolone	325	(70–525)
ANAVAR	Oxandrolone	145	(25–500)
Kumulativ totaldos		152 130	(900–2 359 350)

Preliminära data på relation mellan total läkemedelskostnad, vårdtillfällen (öppenvård-slutenvård), fördelning av subjektiva symtom, objektiva statusfynd samt övrigt missbruk, i relation till kumulativ dos AAS, föreligger, och presenteras i pappersform 100 427. Vi inväntar analyser i jämförelse med normalbefolkningen via statistiker Anders Odén.

Muntlig presentation av mortalitetsdata, angående uppföljning av cirka 1 100 svenska elitidrottare inom kraftsporter med förmodat AAS-intag, presenteras på mötet (ännu ej publicerade data).

13.5.5 Verksamhetens volym och kostnader

Docent Thord Rosén, endokrinolog på Sahlgrenska, har för närvarande huvudansvaret för verksamheten på Resurscentrum. Med tanke på verksamhetens specifika inriktning och det speciella pati-

entklientelet, är det mycket svårt att inrymma densamma i den vanliga polverksamheten, då t.ex. ett nybesök normalt tar 2–3 timmar läkartid i anspråk. Till detta kommer tät uppföljning av patienterna med kontroll av labbprover, telefonsamtal, diskussion med andra kollegor etc.

Sedan starten har 106 nya patienter registrerats (104 män och 2 kvinnor). År 2009 nyregistrerades 17 patienter. Utöver nybesök skedde cirka 20 återbesök med labbkontroller samt kontinuerliga uppföljningsamtal, receptskrivande, diskussion med kollegor etc. enligt ovan.

Finansieringen har tidigare skötts via bl.a. statliga medel, såsom Mobilisering mot narkotika (med den nya regeringsbildningen 2006 drogs dessa medel in) samt med lokala FoU-medel (som tyvärr ej har förnyats). Detta har inneburit att verksamheten de senaste åren har kunnat bedrivas i den omfattning som situationen kräver. Verksamhetsföreträdarna önskar att beslutshavarna i Västra Götalands-regionen blir uppmärksamma på den unika verksamheten, och erbjuder finansiella medel så att verksamhet kan fortsätta.

Tabell 6 Kostnader i kronor

NYBESÖK		
Läkare:	3x450	1 350
Undersköterska:	1x200	200
Sekreterare:	0,5x200	100
Skötare:	¼x252	63
EKG/UCG etc.		2 640
Laboratorieprover		3 470
Sammanlagt per nybesök/patient		7 823
Totalt 17 nybesök (2009)		132 991
ÅTERBESÖK		
Läkare:	1x450	450
Undersköterska:	1x200	200
Sekreterare:	¼x200	50
Laboratorieprover		3 470
Sammanlagd per återbesök/patient		4 170
Totalt 15 återbesök (2009)		62 550
Övrig kostnad läkare		9 000
(intyg+telefon+recept)/år	20x450	
Totalkostnad per år (2009)		204 540

13.5.6 Psykiatrisk mottagning Göteborg

32 patienter med AAS som helt klart dominerande huvuddrog har varit aktuella i behandling på Narkotikapolikliniken/Järntorgsmottagningen sedan 2004. Flertalet är remitterade från Thord Rosén. De flesta av de 32 har också använt andra droger, huvudsakligen centralstimulerande medel (efedrin, amfetamin och kokain), framför allt för att orka träna intensivt. GHB/GBL, bensodiazepiner och cannabis har av vissa använts för sömn, för att varva ned och för att motverka irritabilitet. Opiater har använts för smärtlindring.

Nybesöksutredning gjord av läkare har oftast innefattat ASI och för vissa SCID I och II. Att det inte kunnat göras på alla har berott på tidsbrist. Det är läkaren som sedan också i flertalet fall stått för medicinerings och fortsatt psykologisk och social behandling eller rehabilitering. Samtalsbehandlingen är individuellt anpassad, oftast huvudsakligen kognitivt inriktad, några patienter har behövt flera års samtalsbehandling och medicinerings.

13.5.7 Dopingjouren vid Karolinska universitetssjukhuset, Kliniken för klinisk farmakologi

Övergripande verksamhet

Dopingjourens arbete syftar till att motverka dopning i samhället och dess följdverkningar. Verksamhet omfattar kunskapsinhämtning, utbildning och information rörande missbruk av anabola androgena steroider och nära relaterade substanser och deltagande i kliniskt arbete tillsammans med andra specialiteter. Dopingjouren bedriver också omfattande forskning både internt och i samarbete med andra forskargrupper i Sverige. Dopingjouren tillhör Avdelningen för klinisk farmakologi vid Karolinska Universitetssjukhuset. Verksamheten startade 1993 med telefonrådgivning och har hittills besvarat över 40 000 samtal från personer som på olika sätt direkt eller indirekt berörs av missbruket av anabola androgena steroider, från skolor, sjukvården, myndigheter mm. Frågorna gäller i första hand preparatens egenskaper, deras effekter och biverkningar och hur man upptäcker dopning och missbruk av andra medel som ofta används samtidigt. Den bemannas av sjuksköterskor och läkare. För närvarande är två av medarbetarna doktorander (vid Karolinska institutet/avd klinisk farmakologi) med vetenskapliga projekt som

gäller missbrukssubstansers omsättning, effekter, och användningsmönster.

Dopingjourens verksamhet bedrivs i samverkan med klinisk farmakologis andra verksamhetsområden, främst, Dopinglaboratoriet, Missbrukslaboratoriet samt Karolinska Läkemiddelsinformationscentralen. Dopingjouren har också samarbete med andra kliniker på universitetssjukhuset. Samarbetet gäller främst individer som kontaktar telefonrådgivningen och som är i behov av medicinsk utredning. Många av dessa hänvisas till Centrum för andrologi och sexualmedicin, Klinikerna för invärtes medicin samt psykiatri på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge eller Beroendecentrum Stockholm. Utöver det kliniska samarbetet bedriver Dopingjouren forskning tillsammans Endokrinologiska kliniken avseende metabola och andra effekter av testosteron. Vidare bedrivs forskning och utveckling för diagnostik av AAS-missbruk tillsammans med Dopinglaboratoriet som ingår i kliniken för klinisk farmakologi. Dopinglaboratoriet är det enda i Sverige och är ackrediterat av Internationella Olympiska Kommittén sedan 1985, av SWEDAC sedan 2000 och av WADA sedan 2004. Dopingjouren har med stöd av särskilda forskningsmedel från landstinget utrett psykiska och somatiska biverkningar av anabola androgena steroider hos 56 individer som just avslutat sitt missbruk. Ökad muskelmassa, hjärtförstoring, bröstkörtelförstoring hos män, acne, håravfall, vätskeansamling, leverpåverkan och psykiska sjukdomar är exempel på biverkningar som observerats. Kliniska specialister inom olika områden har medverkat i projektet. Tillsammans med Centrum för andrologi och sexualmedicin och Beroendecentrum Stockholm har Dopingjouren ansökt om medel för att skapa en klinisk plattform på Karolinska universitetssjukhuset för omhändertagande av patienter med medicinska dopingproblem av olika slag.

13.5.8 Behandlingsmottagning på Beroendecentrum i Örebro

Beroendecentrum (BC) har sedan 1997 utvecklat ett behandlingsmottagande för gruppen som har eller haft ett skadligt användande av AAS. Målen med behandlingen är total avhållsamhet från AAS, andra droger inklusive alkohol, ökat fysiskt och psykiskt välmående och förbättrad psykosocial funktion.

På BC i Örebro har AAS-mottagningen sedan starten 1997 haft behandlingskontakt med mellan 110 till 120 patienter. De har

oftast kommit via egenremiss, förfrågan från närstående, ett fåtal har kommit via vårdcentral, psykiatri eller kriminalvården. Drygt hälften av dessa har sökt vård för vad de ansett vara AAS-relaterade fysiska eller psykiska problem, övriga har i första hand sökt på grund av användande av andra droger, där det också förekom ett AAS-användande. Det är vanligare att de som specifikt sökt för ett AAS-problem stannar längre i behandlingskontakten än de som sökt vård av andra orsaker.

Trettiosex patienter har ingått i ett forskningsprojekt och data som följer gäller i första hand dem. Vanligtvis har åldern hos AAS-användarna vid kontakttillfället varit mellan 23–30 år. AAS-starten skedde hos dessa individer i genomsnitt vid 20,5 års ålder (15–30 år). Användningstiden innan de kommit till BC har kraftigt varierat (0,6–16,0 år) med ett medeltal på 4,7 år. De vanligaste positiva effekterna har beskrivits som "ökad styrka och kropps massa" samt "psykiskt välmående" och som negativa effekter har nämnts "aggressivitet, humörsvängningar" samt "depression". Tjugoen av 36 patienter uppgav att AAS var den drog de använde först, 7 uppgav alkohol och 6 narkotika. Patienterna kommer vanligtvis från grupperna "esteter och våldsverkare".

Bland de 36 patienterna har 31 diagnostiserats som missbrukare eller beroende av AAS enligt DSM IV. Sexton patienter (44 procent) uppfyllde kriterierna för missbruk och 15 (42 procent) för beroende.

Dessa patienter hade också andra diagnoser. Tolv patienter (33 procent) diagnostiserades som beroende och 7 (19 procent) som missbrukare av narkotika; 6 (17 procent) som beroende och 8 (22 procent) som missbrukare av alkohol; och 1 (3 procent) som beroende och 7 (19 procent) som missbrukare av bensodiazepiner.

2010 startades ett AAS-team på Beroendecentrum bestående av en psykiater på 25 procent (somatisk undersökning och psykiatrisk behandling), en psykolog 10 procent, en psykoterapeut 10 procent, en sjuksköterska 25 procent samt en socionom på 100 procent av heltid. I ronder diskuteras behandlingsupplägg och alla har kontakt med AAS-användarna. Tyvärr har ännu inte någon endokrinolog eller invärtesmedicinare visat intresse av att arbeta i teamet.

Huvudsyftet med bildandet av AAS-teamet var att inom vårdgarantin erbjuda personer som använt dopningspreparat adekvat hjälp för subjektivt upplevda AAS-relaterade problem, samt för att vidareutveckla det specialiserade medicinska, psykiatrisk-psykologiska och sociala vårdprogram för användare av AAS som finns på BC.

Beroendecentrum har sedan behandlingen av AAS-patienter startade konstaterat ett ökat intresse för kunskapen hos gruppens medlemmar. Vårdbehovet är stort hos de som använder AAS inklusive andra droger och preparat. Närheten till Universitetssjukhuset i Örebro är en stor fördel, då kontakterna med andra mottagningar behövs, till exempel vid hjärtproblematik eller bröstkörteltillväxt.

Förutom en behandlingskontakt har även kontakt skett med mellan 150 till 175 personer från mellansverige genom den jourtelefon som sedan början på 2000-talet finns på Beroendecentrum, 070-5318148. Dessa personer har erbjudits att komma till Örebro för upp till tre gångers anonym kontakt och rådgivning. Rådgivningstelefonen har även fungerat som kontakt med andra som är intresserade av AAS-frågor, till exempel anhöriga, sjukvård, kriminalvård, behandlingshem, skolor, m.m. Det har över tid konstaterats att en jourtelefon på lokal nivå, som är öppen för kvalificerad AAS-rådgivning, har fungerat mycket bra och anses i dag som nödvändig i patientarbetet.

13.5.9 Dopning inom Kriminalvården

Screening för dopningsmedel inom Kriminalvården

Några säkra siffror avseende prevalensen av användandet av dopningsmedel inom Kriminalvården finns inte. Av kostnadsskäl ingår inte screening för AAS i den urinprovsscreening som Kriminalvården regelmässigt utför. Kostnaden för analys av U-AAS är 800 svenska kronor, att jämföra med 22 svenska kronor som är screeningkostnaden för övriga så kallade missbruksmedel. Urinproverna skickas till Rättsmedicinalverkets avdelning för rättsgenetik och rättskemi. Om en substans blir positiv vid screening ska provet verifieras. Under 2009 har 33 150 urinprov skickats in från anstalter och 5 808 från Frivården. Av dessa har 9 091 respektive 2 875 verifierats, av vilka 4 973 respektive 2 358 var positiva efter verifiering. Av de sammanlagt 38 958 proven begärde Kriminalvården analys av AAS i 886 respektive 34 fall och av dessa var 50 respektive 10 positiva. Man kan alltså konstatera att från Kriminalvårdens drygt 5 000 intagna påträffades 50 positiva prov och från de nära 15 000 i frivård fanns 10 positiva prov.

Årligen sedan flera år görs en screeningundersökning i Region Stockholm, där intagna randomiseras utifrån födelsedatum (Hoffman,

2010). Under 2007–2009 screenades 196–228 intagna (841–1 035 intagna totalt i regionen) varav 13–15 vägrade och 2–3 var positiva på AAS.

År 2006 var inte anstalterna i Norrtälje och Beateberg med och 2003–2005 ingick även anstalterna i Tillberga och Åby. Som mest påträffades 12 prov positiva för AAS 2003, då sammanlagt 245 prov togs. Det finns en trend mot att färre prov är positiva, vilket kan ha att göra med ökade säkerhetsrutiner.

13.5.10 Vetenskapliga studier

De studier som finns beträffande användandet av dopningsmedel inom Kriminalvården gäller främst androgena anabola androgena steroider (AAS), varför begreppet AAS kommer att användas synkront med dopningsmedel.

I ett tidigare avsnitt presenterades studier som visat samband mellan användandet av AAS och våldsbrott. Detta har emellertid varit svårt att belägga vid undersökning av fängelsepopulationer. I en studie intervjuades 133 intagna för våldsbrott, men endast två medgav en koppling mellan brottet och användandet av AAS. I denna studie vägrade hälften av de tillfrågade att delta (Pope et al., 1990). I en svensk studie tillfrågades intagna arresterade för våldsbrott om deltagande i en studie om våld och AAS. Av de femtio som lät sig inkluderas testades ingen positiv för AAS, men 16 vägrade att delta (Isacsson et al., 1998). Ett återkommande fynd är alltså den höga andelen icke-deltagare i liknande studier, som försvårar slutsatser om hur stort användandet är.

I ett avhandlingsarbete har Fia Klötz gjort fyra studier på olika populationer med anknytning till Kriminalvård och användande av AAS (2008).

I den första presenteras data kring 55 dömda personer som testats positivt för AAS och genomgått rättsmedicinsk obduktion. Som kontrollgrupp har använts 67 tidigare dömda personer med drogmissbruk som också genomgått rättsmedicinsk obduktion (Klötz et al., 2007). De AAS-positiva har delats upp mellan de som bara använder AAS och de där AAS är en del i ett mer utbrett missbruk av illegala droger. Kontrollgruppen (utan AAS men med annat missbruk) uppvisade högre frekvens av bedrägerier och egendomsbrott, men i övrigt framkom inga signifikanta skillnader avseende brottstyp. Om man däremot såg till de sista tre åren före

döden i jämförelse med de första tre åren efter första brottet, så var vålds- och vapenbrott vanligare i gruppen som använde AAS, men inte andra droger. Eftersom brott avtar med ålder är denna utveckling anmärkningsvärd och talar för en koppling mellan användandet av AAS och vissa typer av brott (bedrägerier och egendomsbrott är klassiskt förknippade med droganvändande).

I den andra studien jämförs persondata från 241 personer som screenats positivt vid Dopninglaboratoriet på Huddinge sjukhus med 1 199 kontroller som screenades negativt (Klötz et al., 2006). I denna studie påvisas en signifikant högre förekomst av domar för vapenbrott bland de AAS-positiva. Även om de personer som remitterats från beroendemottagningar tas bort, så kvarstår skillnaden. Utgångspunkten för studien är Dopninglaboratoriet, vilket kan innebära att det finns en snedfördelning jämfört med AAS-användande bland individer utan myndighetskontakt.

Ett tredje arbete genomfördes på Österåkeranstalten utanför Stockholm (Klötz et al., 2010). I denna studie tillfrågades de 188 intagna om de ville delta och 59 deltog. Av dessa tillstod 33 (55,9 procent) att de någon gång använt AAS. Tolv av dem som inte använt AAS kunde inte ingå i kontrollgruppen eftersom de avvek från åldersstrukturen. Av AAS-positiva hade signifikant fler dömts till brott som klassificerades som "övriga brott", där bl.a. vapenbrott ingick. Åtta av AAS-användarna hade gjort sig skyldiga till våldsbrott, som de ansåg var ett direkt resultat av deras AAS-användande.

13.5.11 Diskussion

De prov som Kriminalvården skickar till RMV är direkta analyser av AAS och dessa prov tas på riktad misstanke till skillnad från screeningproverna. Mellan 2–3 procent av alla urinprov utgör alltså misstanke om AAS-användande, vilket överensstämmer med de siffror om de faktiska förhållanden som framkommer av screeningundersökningen i region Stockholm. Samtidigt måste också påtalas att "vägrarna" under senare år är cirka 5 gånger fler än de som lämnar positiva prov. Liknande resultat framkom i en av de internationella studierna av en fängelsepopulation (Pope et al., 1996). Sambandet mellan AAS och kriminalitet är också tveksamt belagt. Fia Klötz tar i sin avhandling upp att flera av studierna utgörs av små material, som gör att statistiska samband är svåra att uppnå. Sam-

tidig förekomst av AAS-användande och annat missbruk gör det svårt att avgöra vilket samband det finns mellan användandet av respektive substans och brottsligheten. Möjligen finns ett samband mellan en mer antisocial livsstil och användandet av AAS enbart eller i samband med centralstimulantia. Det kan även finnas samband mellan "organiserad brottslighet" och AAS, som är kopplat till framför allt vapenbrott och våldsbrott. Våldsbrott kan kopplas till både impulsiva våldsytttringar och operationellt våld som utövas av yrkeskriminella. Det måste också påtalas att ett hinder för mer konsekvent genomförande av prevalensstudier, såväl inom Kriminalvården som inom sjukvården, är den höga analyskostnaden. Kriminalvården överväger att under en begränsad prövotid kontrollera urinprover avseende AAS på alla intagna som rapporteras till KV-Beredskap på grund av våldsincidenter.

13.5.12 Fallbeskrivningar

John

Efter en problemfylld uppväxt med bland annat övergrepp och mobbning började han träna på gym. AAS som var hans första drog började han med vid 20 års ålder för att öka i styrka och kroppsmassa. Startade med andra preparat mot bieffekter (till exempel högt blodtryck) och för att höja effekten av AAS. Han förändrade även sitt kostintag, började använda mer kosttillskott samt efedrin. Började använda olika mediciner för vad han trodde var bieffekter från AAS. Narkotika och senare alkohol blev ytterligare preparat som användes för att kunna träna hårdare. Efter en tid utvecklades hans amfetaminmissbruk, som ökade så att han under en tid tog amfetamin varje dag, även kombinerat med alkohol. Använde 14 olika human- och veterinär AAS-preparat under fem år. Han fick i början mest positiva effekter, ökat självförtroende, ökad sexlust och positiv respons från både män och kvinnor, men efter en tid tog de negativa fysiska (till exempel testikelförminskning, hudsprickor och potensproblem) och psykiska bieffekterna (till exempel humörsvängningar, ökad aggressivitet och förföljelsetankar) över. John sökte behandling då de sociala problemen och missbruket ökade samt för att han gjorde ett självmordsförsök.

Sune

Sune hade en bra uppväxt med många kamrater. Tidigt hade han ibland psykiska problem med aggressivitet och var lättretad. Började träna på gym vid 16 års ålder och startade med AAS, som var hans första drog, just innan han skulle fylla 17 år för att öka i styrka och kroppsmassa. Fick i början mest positiva effekter, till exempel ökade hans popularitet bland tjejerna, men märkte även att aggressiviteten ökade. Efter en tids AAS-missbruk med tabletter och injektionspreparat började han även använda flera andra hormonpreparat (tillväxthormon samt insulin), olika kosttillskott, efedrin, samt mediciner i kombination med AAS. Han missbrukade 10 olika humana AAS-preparat under fyra år. Sunes psykiska problem, som ibland inneburit att han misshandlade flera personer i aggressivitetsutbrott, sjuklig svartsjuka, humörsvängningar, samt fysiska bieffekter (till exempel hudsprickor, acne och potensproblem) gjorde att han ville avsluta missbruket av AAS. Föräldrarna kontaktade AC efter att Sune fått kraftiga humörsvängningar samt ökad aggressivitet, som också riktades mot familjen.

Joe

Joe upplevde sin uppväxt som dålig, där han bland annat blev misshandlad av flera närstående och mobbad under skoltiden. Han debuterade med droger då han i 16–17 års ålder började dricka alkohol. Var under uppväxten populär bland kvinnor och notoriskt otrogen. Började träna på gym när han var 16 år och ett år senare även olika kampsporter. Han ansåg att träningen blev lidande av alkoholkonsumtionen, vilket gjorde att han slutade dricka alkohol. För att öka mer i styrka startade han med AAS, både som tabletter och som injektionspreparat, vid 20 års ålder. Fick under kurerna mycket bättre självförtroende. Under de 16 år han använde AAS tog han även regelbundet mediciner mot psykiska och fysiska bieffekter samt kosttillskott och efedrin. Sammanlagt använde han 13 olika AAS-preparat till en kostnad av 120 000 kronor. Hans kriminalitet blev grövre efter starten av AAS. Hans fysiska bieffekter (testikelförminskning, bröstkörteltillväxt och acne), men framförallt psykiska bieffekter (till exempel humörsvängningar, ökad aggressivitet samt känslomässigt avtrubbad i relationer), samt ökande narkotikamissbruk, fick honom att han söka hjälp på BC.

Bill

Bill hade en mycket bra uppväxt och efter att han flyttat till eget boende vid 15 års ålder började han träna på gym, vilket gjorde att skolarbetet gick sämre på grund av den hårda träningen. Han ville tävla i bodybuilding och tog därför AAS-tabletter första gången vid en ålder av 19 år, då han trodde att "alla" inom den idrotten använde det. Fick mycket positiva effekter av AAS, till exempel en kraftig styrkeökning och ökat självförtroende med minskad blyghet som följd. Började även med kosttillskott och andra hormonpreparat som tillväxthormon, insulin och IGF-1. Under de fyra år han använde nio olika human- och veterinär-AAS, i form av tabletter och injektionspreparat, har han också missbrukat efedrin och mediciner. Han har endast testat narkotika och alkohol vid några få tillfällen på grund av att han ansåg träningen gick sämre när han tog dessa preparat. Han har under sitt liv haft ett fåtal relationer med tjejer på grund av sin blyghet. Han blev också kriminell efter AAS-starten. Bill fick flera fysiska bieffekter som bröstkörteltillväxt, acne, hudsprickor, testikelförminskning och potensproblem, men det var på grund av flera psykiska bieffekter (till exempel depression, panikångest, humörsvängningar, kraftig kroppsfixering och aggressivitet) som han sökte kontakt med Beroendecentrum.

Irene

Irene beskriver sin uppväxt som problematisk, var bland annat utsatt för övergrepp av en närstående samt mobbad under skoltiden. Hon avslutade skolan med betyg som var sämre än medel. Hon var redan i tonåren fixerad vid sitt kroppsliga utseende och började träna på gym, som komplement till sin handbollsträning, när hon var 17 år. Irene blev genast förtjust i kroppsträningen, slutade med all annan idrott och började träna hårdare på gym för att tävla inom bodybuilding. På grund av dessa tävlingstankar började hon vid 20 års ålder injicera AAS under en tremånaderskur, tillväxthormon samt efedrin och mediciner, eftersom hon trodde att "alla" inom denna idrott gjorde så. Hon fick under nästa kur, som var under sex månader, flera fysiska problem, som att hon tappade stora tusar av sitt hår samt blev gulaktig i huden, klitoristillväxt, men framför allt psykiska problem (till exempel ökad aggressivitet, depressioner samt självmordstankar) av AAS-missbruket. Irene upplevde

i början av användandet ökad muskelmassa, ökad hårdhet i kroppen samt bättre psykiskt mående, som efterhand övergick i ökad kroppsfixering, svartsjuka, fördjupad depression samt förstorad klitoris. Hon har haft ett flertal samboförhållanden som alla spruckit på grund av hennes kroppsfixering och svartsjuka. De ökande AAS-relaterade problemen hon upplevde gjorde att hon slutade med AAS, efter sex års användande av fyra olika AAS-preparat (tabletter och injektionspreparat), och även sökte hjälp vid Beroendecentrum.

Sonja

Sonjas uppväxt hos modern var fylld av problem, hon fick bland annat inte träffa fadern för modern. Hon ansåg sig också vara psykiskt misshandlad av modern. Vid 17 års ålder flyttade hon till egen lägenhet och började då umgås med fadern. Under skoltiden hade Sonja stora problem med att hänga med i skolarbetet, delvis på grund av hennes psykiska problem med bland annat koncentrationssvårigheter, men även på grund av att hon bråkade med lärarna och mobbade andra tjejer. Sonja gick aldrig klart grundskolan. Hon debuterade med amfetamin tillsammans med första pojkvännen när hon var drygt 19 år och andra narkotiska preparat kom in i hennes liv efter detta. I samband med detta slutade hon med all idrott. Hon återupptog träning, nu på gym, vid 21 års ålder och slutade med narkotika i samband med att hon träffade en ny kille. Istället började hon använda AAS-tabletter. Hennes önskan med AAS-användandet var att bli starkare och kroppsligt större. Hon mårde psykiskt bra på AAS, men hon blev mer aggressiv. Hennes aggressivitet gjorde så att hon började söka slagsmål, då hon tyckte sig må psykiskt bättre efter detta. Sonja missbrukade AAS, efedrin, mediciner och kosttillskott under nio månader. Hennes kriminalitet ökade även sedan AAS-starten. Hon sökte hjälp på Beroendecentrum och slutade med AAS på grund av de fysiska och psykiska bieffekter hon upplevde, till exempel fetare hud, acne, humörsvängningar, ett självmordsförsök och de allt oftare aggressiva utbrotten.

Frank

Remiss från fängelseläkare angående hypogonadism och depression. Kommer med tre väktare. Gift, tre barn. 9-årig grundskola, utbildad rörmokare, arbetat som livvakt. Fängelsevistelse sedan 2005. Idrott sedan barndomen, främst kampsporter, tävlat internationellt. Gymträning sedan 15-årsåldern, främst styrketräning. Sedan 21-års ålder (1977–2005) kontinuerligt bruk av AAS. ”Behöver styrka i kampsporten”. Tagit främst Deca-Durabol, Testosprutor, Parabolan, Anavar, Tribolan i 6–8-veckorskurer, cirka 4 kurer/år. Även någon enstaka GH-kur, men ej insulin eller IGF-1. Dock ren sedan 2005 pga. fängelsevistelse. I övrigt rök- och spritfri och inga övriga droger. Upplevt positiva effekter av AAS vad gäller muskelstyrka och självförtroende, inkluderande sexfunktionen. Inga aggressionsutbrott. Somatiskt noteras vestibularisneurit vid två tillfällen, behandlingskrävande hypertoni, muskelrupturer, gynekomasti och akne. Senaste åren även vattenkastningsbesvär, nedsatt minne och koncentration samt sömnsvårigheter. Vidare sista tiden utan AAS utvecklat depression, hyperlipidemi samt nedsatt sexfunktion, både vad gäller lust och förmåga. Remiss till Resurscentrum för bedömning. God emotionell kontakt. Uttalat muskulär status med viss gynekomasti. Rester efter muskelruptur och akne. Cor-pulm ua. 136/86. Labbmässigt noteras hypogonadism samt hyperlipidemi. UCG väsentligen normalt. Efter diskussion beslutas om Arimidex (aromatashämmare) i första hand mot hypogonadism och gynekomasti, med förhoppningsvis indirekt positiv effekt även mot depressionen; i nuläget ej indicerat med Pregnyl (LH) eller Nebido. Simvastatin mot hyperlipidemi inkl. dietråd. Fortsatt anti-depressivum samt remiss till specialintresserad psykiater. Uppföljning i första hand via anstaltsläkare men åter till specialmottagningen vid behov.

Adam

Ensamstående. Flyttat från trygg uppväxtmiljö efter föräldrarnas skilsmässa till stökigare förort, utsatts för mobbning. Började träna på gym för att ”få respekt”, började med AAS vid 14 år, använde oavbrutet till 18 år. Utvecklade mycket invalidiserande tvångsritualer, som gjorde honom oförmögen till studier eller annan sysselsättning via socialtjänsten. Hade initialt en mycket störd kropps-

uppfattning. Drygt ett år efter avslutad AAS-användning och med medicinering, venlafaxin 150 mg x 1, blev patientens tvång hanterligt och han uppfattar sin kropps-konstitution på ett normalt sätt. Viss kognitiv dysfunktion kvarstår, neuropsykologisk testning kan ej fullföljas pga. patientens ovilja att delta, han tycker det är "skämmigt" när han presterar dåligt på testerna. Bestämt sig för att aldrig någonsin använda AAS igen, fått drogfri flickvän, klarat att ta körkort och återfått sin sexuella funktion. Behövt mycket stöd i kontakt med socialtjänst och försäkringskassa. Förutom medicinering har patienten behövt kognitivt inriktad samtalsbehandling. Medicinerar fortsatt med venlafaxin.

13.5.13 Evidensbaserade behandlingsmöjligheter

Litteraturgenomgång

Det finns inga randomiserade behandlingsstudier av patienter med beroende av anabola androgena steroider. De få artiklar som finns inom behandlingsområdet diskuterar behandlingsfokus på användarnas störda kroppsuppfattning, muskeldysmorfi (Wroblewska, 1997) och behandlingsstrategier (Anshel, 1991; Corcoran & Longo, 1992). I avsaknad av randomiserade kontrollerade studier inom dopningområdet är en möjlighet att använda generella evidensbaserade strategier för behandling av beroendetillstånd. Mycket talar för att det finns generella principer som är väl evidensbaserade. Miller och Carroll (2006) utvecklar i sin bok detta tema.

Deras evidensbaserade strategi kan kortfattat sammanfattas i följande punkter:

- Identifiera (risk)konsumtion och intervensera tidigt
- Öka individens motivation för förändring
- Förstärk det sociala stödet för missbruksfrihet
- Använd empati
- Åtgärda andra sociala och psykiska problem
- Stöd deltagandet i AA och länkar och andra frivillighetsorgan
- Gör vården lättillgänglig och attraktiv
- Använd evidensbaserade interventioner.

Om man gör detta, så kan de olika delkomponenterna systematiskt utvärderas i enkla randomiserade designar, särskilt om man har ett samarbete nationellt mellan de olika behandlingsenheterna.

13.5.14 Nationellt vårdprogram för patienter med missbruk av vissa hormonläkemedel, särskilt AAS: Behandlingsaspekter

Detta avsnitt är en kort version av det nationella vårdprogram som nätverksgruppen håller på att sammanställa. Den aktuella versionen är influerad av behandlingstraditionerna i Göteborg.

Primärvårdsnivå

Misstänka AAS-bruk hos patient som spontant ej uppger detta

Det viktigaste på denna nivå är att vara uppmärksam på ett eventuellt AAS-missbruk, dvs. känna igen de symtom som bör ge misstänksamhet om AAS-bruk. Vidare att allmänt hos särskilt manliga patienter under 35 år fråga om eventuellt AAS-bruk, samtidigt som man frågar om konsumtion av kaffe och alkohol samt rökvanor och övriga droger. Detta visar att man har en hög lyhörddhet för AAS- bruket och visar för patienten att man är medveten om att AAS-missbruk förekommer.

Symtom som bör föranleda misstanke om AAS-bruk

Allmänt:

- Stor viktuppgång under kort tid (10–20 kg på 2–3 månader)

Muskler:

- Muskelös kroppsbyggnad
- Sen-muskelbristningar

Hud:

- Nyttillkommen svår acne
- Hudbristningar, särskilt axillärt
- Prematur skallighet

Sexuellt:

- Förstorade bröstkörtlar
- Förtvinate testiklar
- Sexuella bekymmer – svårt få barn

Psyke:

- Nyttillkomna psykiska besvär, särskilt depression
- Humörsvängningar med aggressionsutbrott

Primära symtom – sökorsaker för patienter som medger AAS-bruk

- Psykiska besvär (depression, oro, psykos, humörsvängningar)
- Gynekomasti
- Sexbekymmer inkl. infertilitet
- Hud- eller hårproblem
- Oro hjärtproblem
- Oro leverbekymmer
- Muskler och leder
- Vill hälsotesta sig (utan spontan intention att avsluta AAS-bruket)
- Vill bli rentvådd.

Åtgärd

- Identifiera direkt AAS-brukets omfattning, dvs. duration i år, preparat, doser, övriga droger inkl. alkohol, träningsaktivitet, aktuella symtom samt eventuella uppenbara sociala bekymmer (skola, sjukskrivning, kriminalitet). Är AAS-bruket aktuellt eller avslutat, med aktuella restsymtom? Fråga om eventuellt övrigt missbruk.
- Identifiera aktuella symtomen, och fråga alltid efter påtagliga psykiska symtom, särskilt depression som kan vara svår med hög suicidrisk och kräver akut omhändertagande av psykiater. Fråga efter sömnbesvär och psykostecken såsom aggressivitet och paranoia med svartsjuka. Om hjälp med avslutande av AAS-bruk, remiss till missbruksenhet.
- Identifiera somatiska symtom och åtgärda därefter.
- Tag alltid åtminstone, följande basprover:
 - Utöver rutinprover såsom HB EVF, B-glukos, SR och elstatus
 - Längd-vikt-EKG
 - Leverstatus
 - S-testo S-SHBG S-LH S-FSH

- S-IGF-1
 - Fritt T4 TSH
 - Lipidstatus
 - AAS/urin
- Beskriv riskerna med AAS-bruk på kort och lång sikt. Visa provsvaren, så att patienten själv kan läsa dem. Behåll egen trovärdighet, individuell variation, ”alla får inte alla komplikationerna”. Bästa terapin är att sluta med AAS! Om inga uppenbart allvarliga symtom finns, men labbmässiga förändringar och uppriktig vilja till att avsluta AAS-bruket, låt patienten återkomma med nya labprover efter 2–3 månader, med då förhoppningsvis regress av symtom-patologiska labvärden.

Då patienterna trots allt är få föreslås att patienterna vid tecken till aktuellt eller genomgången missbruk med kvarstående symtom och mycket oro, remitteras vidare till specialistnivå, då omhändertagandet kommer att kräva stora resurser och specialkunskaper. Vid tveksamhet ring till regional expert. Alltid akutremiss till psykiater vid tecken till svår depression med suicidrisk.

Specialistnivå

Specialistläkaren, mest idealt endokrinolog eller invärtesmedicinare med specialintresse, är tillsammans med specialintresserad psykiater på beroendeklinik med tillhörande personal nyckelpersoner i omhändertagandet av AAS-patienterna. Specialistenheter, gärna i form av Resurscentrum, med hög lokal kunskap i ämnet, är därmed naturlig remissinstans för övriga läkare, samt för direktkontakt för patienter, anhöriga och övrig personal, såsom skola, polis, sociala myndigheter.

Specialistläkaren på Resurscentrat identifierar patientens aktuella problem utifrån dennes tidigare och aktuella AAS-bruk, inkluderande övriga droger, och beslutar efter symtombild och labbsvar om ytterligare utredningar, samt om remisser till övriga subspecialister, såsom kardiolog, ortoped, plastikkirurg, dermatolog, urolog, läkare inom reproduktionsenheter samt psykiater. Med sin bas inom endokrinologi-internmedicin kan läkaren på Resurscentrat hantera de vanligaste frågeställningarna inom internmedicin-endokrinologi,

såsom störningar inom gonad- och tyreoideaaxeln, lipidmönstret, hypertoni och leverpåverkan, och kan även föra en adekvat diskussion om AAS-medlens effekter och bi-effekter med patienterna, som själva ofta är väl insatta i ämnet.

Provtagning på specialistnivå är i stort identisk med den på primärvårdsnivån, gärna dock kompletterad med PSA/s samt UCG, sålunda givande:

- HB EVF, LPK SR B-glukos och elstatus
- Längd-vikt- EKG UCG
- Leverstatus
- S-testosteron S-SHBG S-LH S-FSH
- S-IGF-1
- Fritt T4 TSH
- Lipidstatus
- S-PSA
- AAS/urin.

Utöver provtagningen enligt ovan förordas noggrann genomgång av AAS-bruket vad gäller tidsperiod, kumulativ dos för varje enskilt preparat samt förfrågan om de specifika biverkningar, som är förknippade med AAS-bruk.

Vid specifika symtom kan följande specialister behöva kontaktas:

- Psykiater: Depression, psykostecken, aggression
- Kardiolog: Hjärtsvikt, särskilt kardiomyopati, hjärtklaffsdysfunktion, hjärtischemi
- Plastikkirurgi: Gynekomasti, som ej läker på medicinsk terapi
- Ortoped: Muskel-senrupturer
- Dermatolog: Akne, prematur skallighet.

Specialistläkaren på Resurscentrat har trots eventuella utgående remisser huvudansvaret för patienter, vad gäller långsiktig planering. Inte sällan sker nära samarbete mellan läkaren på Resurscentrum samt psykiater och kardiolog.

13.5.15 Behandling

Utsättning av AAS

AAS påverkar både belöningscentrum och aggressionscentrum i hjärnan, vilket ger ett beroende och konsekvenser vid försök till avbrytande av missbruket. Utsättning av långvarigt, uttalat AAS-missbruk ger förutom symtom direkt kopplade till hypogonadism, även uttalad risk för ”withdrawal symtom”. Dessa yttrar sig, (Brower et al., 1991) i form av:

- Ökat sug efter steroider (52 procent)
- Trötthet (43 procent)
- Missnöje med egna kroppen (42 procent)
- Depression (41 procent)
- Rastlöshet (29 procent)
- Anorexia (24 procent)
- Sömnbesvär (20 procent)
- Minskad sexlust (20 procent)
- Huvudvärk (20 procent).

Viktigt är att under denna abstinensfas symptomatiskt behandla de enskilda symptomen. Långsam seponering (2–4 veckor) av AAS kan ibland försökas för undvikande av abstinensproblem.

Övriga behandlingsaspekter

- Depression/Psykos kräver långvarig behandling med samarbete mellan psykiater, psykolog, kurator och arbetsterapeut.
- Testosteronbrist kan förvärra depressionen. Behandling med Pregnyl/Gonal F eller Arimidex kan vara motiverat.
- Vid samtidigt opiatmissbruk kan behandling med metadon eller buprenorfin övervägas.

Uppföljning

Viktigt är att patienten fortsätter att träna, trots den försämring som inträder i muskelstatus sekundärt till utsättandet av AAS. Uppföljning av behandlande läkare är viktig med klinisk bedömning och laboratorieprover med AAS/urin samt UCG.

Psykosocialt omhändertagande

Remissvägen till Resurscentrat kan ha en icke obetydlig effekt på den fortsatta utredningen. En patient, med egenremiss eller med remiss från primärvård eller övrig läkare som patienten själv uppsökt, är oftast medveten om sitt missbruk och risker, och är därmed motiverad till terapi, vilket underlättar handläggandet. Däremot kan patienter, som inkommit via oroliga anhöriga, skolpersonal eller sociala myndigheter (pga. samtidiga övriga drogproblem), inte sällan helt förneka eller åtminstone nedtona sitt AAS-missbruk, vilket kan skapa initiala hinder i utrednings- och behandlingsprocessen. Det är därför viktigt att individualisera utredningen för varje enskild patient och identifiera kort- och långsiktiga mål.

Trettio till fyrtio procent av patienterna med AAS-missbruk har samtidigt annat drogmissbruk och därmed kända sociala problem, såsom störd skolgång eller utbildning med arbetslöshet och kriminalitet, och patienterna är då oftast kända inom socialtjänsten. Viktigt att kontakt mellan patient, Resurscentrum och sociala myndigheter etableras för stöttning och samarbete vad gäller arbete, drogfrihet via tester, körkortsintyg etc.

Patientens kontakt med anhöriga uppvisar stor variationsbredd, och kan ha en avgörande inverkan på förloppet. Stöd till anhöriga, i form av stöttande samtal via telefon eller uppmuntran till närvaro vid patientens återbesök med tillhörande information, är värdefullt, inte minst för att motivera patienten att komma på ny- och återbesök. Ge telefonnummer för direktkontakt vid behov; gärna sekreterare eller sjuksköterska för kontakt av löpande ärenden.

Behandlingsreflektioner

Detta avsnitt är baserat på erfarenheter från Örebro och täcker samma område som föregående avsnitt.

Det är sällan att en användare av AAS som söker vård berättar om sitt AAS-användande. Hos användare finns en misstänksamhet mot sjukvårdens kunskaper inom detta område. Ett annat skäl för att det inte nämns är att om en användare berättar att denne använt AAS, så är det samma sak som att de erkänner att deras muskularitet och uppträdande är ett resultat av AAS, eller att AAS-användaren, liksom andra droganvändare, anser att deras beteende är sjukligt. Vi kan också jämföra en anorektiker med en AAS-användare; en anorektiker söker inte gärna vård på grund av att denne är för smal, inte heller söker en muskulös AAS-användare vård på grund av för mycket muskler. Ett problem som ökat på senare tid är att AAS-användarna blivit rädda för att erkänna sitt användande, då risken för att dömas för dopningsbrott ökat.

AAS-användande kan jämföras med läkemedelsberoende. Vid AAS-beroende, och efter en förlängd tids användande, kan det vara farligt att sätta ut preparatet eller preparaten direkt. Speciellt om personen injicerat preparat av typen testosteron. Då kan det krävas en successiv och systematisk nedtrappning. Vid varje sänkning av dosen får användaren abstinenssymptom. Vid nedtrappning behövs en tät kontakt med användaren.

En diskussion har startat vid AAS-teamets möten i Örebro om ett möjligt användande av t.ex. Pregnyl vid avslutat AAS-användande, samt att vid bröstkörteltillväxt använda Tamoxifen under begränsad tid (maximalt några månader) för att motverka ytterligare bröstkörteltillväxt.

Den första kontakten med en användare sker hos AAS-teamets socionom, som gör en tidig bedömning av problembilden. Denna första kontakt är mycket viktig till att relationen stärks mellan behandlare och AAS-användaren.

Vissa inledande frågor ställs: Om personen kommer via remiss – Varifrån kommer remissen? Vill han eller hon sluta med preparat-användandet? Varför har AAS använts? Varför vill användaren sluta med AAS?

Vi beskriver vad mottagningen kan och inte kan erbjuda. Vad erbjuder och "kräver" vi på mottagningen. Kostnader för behandling.

Oftast börjar vi med en genomgång av det totala drog- och preparatanvändandet. Detta ger en viss hjälp att förstå eller förutse

vilka problem användaren har. Vi går vidare med en liten social utredning, som görs inledningsvis, där förutom preparatanvändandet speciell tonvikt läggs på psykisk och fysisk hälsa samt socialt liv. ASI kan användas så snart som möjligt efter inskrivning, som sedan upprepas efter en tids behandling.

Många kommer via egenremiss genom en jourtelefon, som varje vardag sköts av vår socionom. Än så länge har ingen annan kunskap nog att svara på AAS-relaterade frågor. På en missbruksmottagning är dålig kunskap ett problem, då inte alla behandlare upptäcker att någon patient använder AAS. Detta kan bero på att de inte frågar eller inte frågar på rätt sätt. AAS-användare kan vara försiktiga med att berätta om ett användande, om de inte får förtroende för behandlaren.

På senare tid har det blivit vanligare att det på vårdavdelningen upptäcks att den inlagda patienten är AAS-användare. Oftast är det narkomaner som läggs in för avgiftning, där det framkommer att dessa även använder AAS. Däremot är det ovanligt att AAS-användare läggs in på grund av AAS-användandet, även om det också sker. Patienter som söker vård på Beroendecentrum har oftast psykiska problem eller söker för att få hjälp att avsluta ett annat drog-användande. Det är mycket vanligt att AAS-patienter är kriminellt belastade.

Efter de inledande allmänna samtalen koncentreras dessa till att följa patienten i dennes AAS-avslut. Stödjande samtal inleds, som syftar till att uppmuntra till drogfrihet, lära patienten att leva utan droger, samt att vägleda i abstinensen efter avslutat intag av AAS.

Motivationsarbetet är det primära i kontakten med en användare av AAS. Det bör ges möjlighet till täta samtal (i början möjlighet till kontakt dygnet runt) med behandlaren. Många patienter är osäkra på om vi går att lita på. I början av behandlingen är det därför viktigt att relationen baseras på ömsesidig tillit.

I behandlingsrummet på Beroendecentrum är alla speglar gömda eller bortplockade, då dessa stör patienternas koncentrationsförmåga. De kan bli alltför intresserade av hur de ser ut. En spegelbild kan även "trigga" igång ett AAS-sug – liksom behandlarens bemötande. Om behandlaren förstärker patientens syn på kroppen, till exempel genom att kalla personen för Big och namnet, kan suget efter AAS öka. Istället bör behandlaren koncentrera sitt samtal kring patientens psykiska och fysiska mående. Det kan ibland ta lång tid innan patienten förstår att behandlaren inte är intresserad

av utseendet utan måendet, men när detta sker förstärks relationen positivt.

Efter några samtal görs en omfattande social intervju (beskriven i Skårberg & Engstrom, 2007), vilken följs av en preparatbakgrund. Vilka preparat som kan kombineras har noggrant beskrivits av Skårberg & Engstrom (2009).

På Beroendecentrum i Örebro diskuteras alltid behandlingsinslagen i AAS-teamets rond. Då varje patient och dennes problem är individuella läggs behandlingens innehåll i nivå med vad patienten behöver och klarar.

Några av ämnena som diskuteras är innehållet och tätheten av urinprov. I början görs alltid en totalscreening av droger (amfetamin, cannabis, opiater, dextropoxifen, bensodiazepiner; inklusive AAS och GHB), blodprov (t.ex. testosteron, SHBG, LH, FSH, GT, ALAT, ASAT, HB, total kolesterol, LDL, HDL samt andra prover vid behov), men sedan är urinproven individuellt utformade.

Man fortsätter med att utreda vilka preparat som använts, hur det totala preparat användandet utvecklats över tid, ålder när användandet startade, hur långa perioder AAS och andra preparat använts (kur-längder), doser, hur preparaten tagits (när det gäller AAS: oralt som tabletter eller pulver, intramuskulära injektioner, droppar under tungan, plåster eller som krämer), äkta eller undergroundpreparat, positiva och negativa effekter av preparaten. Man frågar även varför de olika preparaten används (t.ex. används insulin både för att öka i vikt eller som fettreducerare).

Ganska snart görs en somatisk utredning, som specifikt tittar på vanliga bieffekter från ett AAS-användande. Varje utredning diskuteras i den speciella AAS-ronden, där beslut tas om patienten behöver remiss till någon annan specialist. Vid utvecklad bröstkörteltillväxt remitteras patienten till kirurgmottagning för bedömning. Vid misstanke om kardiovaskulära problem remitteras patienten till kardiologen. Vid behandling av nedsatt HPG-axel- (hypotalamus-hypofys-könskörtel) funktion följs detta upp med s-testosteron, S-SHBG, S-LH och S-FSH samt eventuellt spermprov och patienten kan remitteras till en endokrinolog.

Efter cirka en månads drogfrihet görs den psykiatriska utredningen, även denna undersöker vanligt förekommande problem som kan komma av ett AAS-användande. Vid psykiatrisk bedömning beslutar specialist i psykiatri om sedvanlig behandling av aktuellt tillstånd, där det vanligaste är depression, vilket kan ha inslag av suicidala tankar, olika ångesttillstånd samt sömnproblem. Andra

utredningsinstrument som används är ADDIS (Alkohol Drug Diagnos Instrument) och TCI (Temperament and Character Inventory).

Om patienten behöver inläggning är det speciellt vid tre indikationer hos patienten som inläggning bör diskuteras:

1. Om patienten har självmordstankar (ett depressivt abstinenssyndrom börjar vanligtvis inom en vecka efter avslutat AAS-intag och kan vara i flera månader).
2. Om patienten visar ett irriterat humör under abstinensstiden eller är våldsam och en fara för andra eller är öppet psykotisk.
3. Om patienten inte klarar av att vara drogfri.

Under hela behandlingstiden kan det vara av stort värde att även anhöriga inbjuds i behandlingsarbetet. Speciellt då patientens sociala problem efter en tids kontakt vanligen ökar. Det kan vara i relationer eller på grund av ekonomiska förändringar. Patientens anknytning till behandlaren, som i behandlingsarbetet var positivt, kan när det gäller närmare avslutad kontakt bli ett stort problem. Vid ett avslut av behandlingskontakten har vi uppmärksammat vikten av att noga övervaka patientens psykiska mående, i synnerhet ökad självmordsrisk. Oftast fungerar behandlingen bra för att avsluta AAS-användandet. I stället ökar risken för att ett annat droganvändande ska öka, till exempel i form av narkotikamissbruk (vanligtvis amfetamin eller opiater), ökat medicinanvändande eller alkoholmissbruk.

Det har visat sig svårt att avsluta AAS-användande patienter på grund av att många av dem har svårt med avslut. Detta betyder att behandlingstiderna ibland blir långa. Ett flertal patienter som kom till Beroendecentrum i slutet på 1990-talet har fortfarande kontakt med mottagningen. Det rör sig då om långvarigt deprimerade patienter eller patienter som inte kan släppa taget utan hör av sig med olika frågor emellanåt.

13.6 Struktur för den vård som bör kunna erbjudas lokalt, regionalt och nationellt

13.6.1 Nationell nivå

I aktionsplanen mot missbruk av hormonpreparat 2006 (MOB) föreslogs nationella kunskapscentra. Denna uppfattning stödjer arbetsgruppen, som föreslår att ett sådant centrum upprättas. Ett nationellt kunskapscentrum ska ha en koppling till ett universitet för den fortsatta kunskapsutvecklingen. Med tanke på var sådan verksamhet bedrivs i dag kan Göteborg, Stockholm eller Örebro komma i fråga och samtliga dessa verksamheter har nära anknytning till universiteten i de tre städerna. Utvärdering och forskning bör knytas ihop och stimuleras för att så fort som möjligt utveckla en bra kärna av kunskap.

Parallellt med utvecklingen av vården krävs kvalitetsregister och kvalitetskriterier för att kunna följa utvecklingen inom området. En förutsättning är att vi också stödjer utvecklingen av dokumentation och standardiserade bedömningsinstrument.

I första skedet bör en högspecialiserad utvecklingsorganisation utvecklas genom ett nationellt kunskapscentrum, som kan stå för kunskapstillväxt. Inom varje region bör det finnas ett kompetenscentrum, dit kommuner och landsting kan vända sig.

13.6.2 Regional nivå

Ett regionalt kompetenscentrum är ett kliniskt centrum som stödjer flera landsting och som har tillgång till bredare kompetens än vad som finns inom ett enskilt landsting. Var sådana centra ska utvecklas får avgöras beroende på var kompetensen finns inom regionerna. Det är emellertid viktigt att det även för dessa finns ett nära samarbete med universitet och högskolor, som är en förutsättning för metodutveckling, utvärdering och implementering. De olika universiteten och högskolorna bedriver redan i dag arbete mot missbruk av hormonpreparat med olika inriktning och kompletterar varandra.

Enheterna bör vara tvärprofessionella och arbeta i form av en vårdkedja (liknande den verksamhet som bedrivs i dag vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg), för att tillförsäkra tillgång till all den kompetens som behövs i en komplex behandlingsverksamhet.

Endokrinologi, beroendevård, farmakologi, psykiatri och socialtjänst är självklara enheter i vårdkedjan. Man bör också tänka en dörr in i systemet för dessa patienter, dvs. mottagande enhet ansvarar för att vården erbjudes som helhet. Dessa enheter bör arbeta mot såväl hälso- och sjukvården, kommunernas socialtjänst, Statens institutionsstyrelse (SiS) som mot Kriminalvården. Det bör vara möjligt för konsultläkare inom SiS och Kriminalvården att remittera patienter direkt till ett regionalt centrum.

Den kliniska verksamheten på det regionala centrumet kan antingen ha sin hemvist inom beroendevården eller inom endokrinologin. Flera modeller kan tänkas. I Örebro finns ansvaret inom beroendevården, i Göteborg inom endokrinologin och i Stockholm är den etablerad i anslutning till Andrologiskt centrum i Huddinge. På ett sätt är det naturligt med hemvist inom beroendevården, eftersom behandlingen tar fasta på behandlingsprinciper som tillämpas inom denna. Dock kan en hemvist inom endokrinologin upplevas som mer neutralt av personer som huvudsakligen lider av medicinska komplikationer till ett tidigare användande. Det väsentliga är inte inom vilken specialitet handläggningen sker, utan att enheten oavsett hemvist har tillgång till samma kärnbemanning.

Kärnbemanningen föreslås bestå av en endokrinolog (100 procent), en psykiater med beroendekompetens (100 procent), en socionom med beroendekompetens (100 procent), två sjuksköterskor (200 procent), en sekreterare med administrativa uppgifter (100 procent). Enheten behöver även tillgång till psykologisk och psykoterapeutisk kompetens liksom till konsulterande gynekolog. För att resurserna ska användas på bästa sätt är det mest ekonomiskt att AAS-användarna har regelbunden samtalskontakt med en socionom.

13.6.3 Lokal nivå

Varje landsting måste ha en enhet inom hälso- och sjukvården, dit personer med medicinska problem relaterade till dopningsmedel kan söka eller hänvisas till från socialtjänsten. Enheten ska vara känd inom landstinget och alla läkare inom primärvård och på sjukhus ska kunna remittera patienter till den. Det finns inga hinder för att den fortsatta kontakten med en patient sker på primärvårdsnivå, om intresse och kompetens finns hos allmänläkaren, liksom möjlighet till handledning och stöd. Socialtjänsten inom varje kommun ska på samma sätt kunna hänvisa till enhet inom hälso- och sjuk-

vården, när den kommer i kontakt med personer som har medicinska problem relaterade till dopningsmedel. Handläggare inom socialtjänsten bör involveras när vården för den enskilde patienten planeras. Inom vilken specialitet denna enhet ska finnas får avgöras av lokala förutsättningar.

13.7 Struktur för kontinuerlig kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning samt former för kompetensutveckling

Utbildning i beroendelära föreslås bli ett obligatoriskt avsnitt i grundutbildningen för läkare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer och beteendevetare. Inom detta ämne bör kunskaper om dopningsmedel ingå, både vad avser användande, psykiska och kroppsliga komplikationer samt beroendemekanismer. Att den teoretiska utbildningen ska förläggas till beroendeläran är för att mekanismerna som styr beroendet är centrala och behandlingen grundar sig på principerna i behandlingen av beroendetillstånd. Än mer än vad som gäller för alkoholberoende, så finns betydande kroppsliga komplikationer, vilket motiverar att endokrinologisk kompetens ska finnas i den kliniska utbildningen.

Tillsammans bör de nationella centra ansvara för påbyggnadsutbildningar såsom ST-kurs för läkare och vidareutbildning för sjuksköterskor, psykologer och socionomer.

Arbetsgivaren ansvarar för fortbildning och vidareutbildning av personal som inte har genomgått utbildning i beroendelära. Utbildningarna kan förslagsvis vara i olika steg och poängomfattning och på så vis också vara meriterande. Detta är viktigt för kunskapsutvecklingen och statusen för området.

Referenser

- Andrén-Sandberg, Å. (2008). *Nordic Conference on Steroid Abuse*. Hämtad 10 februari, 2009, från <http://www.idrottsforum.org/articles/andren-sandberg/andren-sandberg080123.html>
- Anshel, M. H. (1991). Cognitive-behavioural strategies for combating drug abuse in sport: Implications for coaches and sport psychology consultants. *Sport Psychol*, 5, 152–166.
- ARS. (2003). *Drogvaneundersökning bland ungdomar, för CAN och samarbetspartners. Rapport – teknisk beskrivning*. ARS P0431. Stockholm: ARS research AB.
- Arver, S., Borg, S., & Rane, A. (2007). Ansökan om medel för etablering av ett Nationellt Kunskapscentrum-Stockholm om Dopning och Antidoping arbete samt tillhörande prospekt. 2007-04-25.
- Bahrke, M. S., Wright, J. E., Strauss, R. H., & Catlin, D. H. (1992). Psychological moods and subjectively perceived behavioral and somatic changes accompanying anabolic-androgenic steroid use. *Am J Sports Med*, 20(6), 717–724.
- Bahrke, M. S., Yesalis, C. E., Kopstein, A. N., & Stephens, J. A. (2000). Risk factors associated with anabolic-androgenic steroid use among adolescents. *J Sports Med*, 29(6), 397–405.
- Basaria, S., Wahlstrom, J. T., & Dobs, A. S. (2001). Clinical review 138: Anabolic-androgenic steroid therapy in the treatment of chronic diseases. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86(11), 5108–5117.
- Beaver, K. M., Vaughn, M. G., Delisi, M., & Wright, J. P. (2008). Anabolic-androgenic steroid use and involvement in violent behavior in a nationally representative sample of young adult males in the United States. *Am J Publ Health*, 98(12), 2185–2187.
- Brower, K. J. (1997). Withdrawal from anabolic steroids. *Curr Ther Endocrinol Metab*, 6, 338–343.
- Brower, K. J. (2002). Anabolic steroid abuse and dependence. *Curr Psychiatry Rep*, 4(5), 377–387.
- Börjesson, A. (2008). *Behovsinventering av information i Sveriges kommuner om missbruk av dopningsmedel (anabola androgena steroider och andra hormonläkemedel)*. Stockholm: Dopingjouren.

- Chantal, Y., Soubranne, R., & Brunel, P. C. (2009). Exploring the social image of anabolic steroids users through motivation, sportspersonship orientations and aggression. *Scand J Med Sci Sports*, 19(2), 228–234.
- Choi, P. Y., & Pope, H. G., Jr. (1994). Violence toward women and illicit androgenic-anabolic steroid use. *Ann Clin Psychiatry*, 6(1), 21–25.
- Clark, A. S., & Henderson, L. P. (2003). Behavioral and physiological responses to anabolic-androgenic steroids. *Neurosci Biobehav Rev*, 27(5), 413–436.
- Cole, J. C., Smith, R., Halford, J. C., & Wagstaff, G. F. (2003). A preliminary investigation into the relationship between anabolic-androgenic steroid use and the symptoms of reverse anorexia in both current and ex-users. *Psychopharmacol (Berl)*, 166(4), 424–429.
- Corcoran, J. P., & Longo, E. D. (1992). Psychological treatment of anabolic-androgenic steroid dependent individuals. *J Subst Abuse Treat*, 9, 229–235.
- Cunningham, R. L., & McGinnis, M. Y. (2008). Prepubertal social subjugation and anabolic androgenic steroid-induced aggression in male rats. *J Neuroendocrin*, 20(8), 997–1005.
- Eklöf, A. C., Thurelius, A. M., Garle, M., Rane, A., & Sjöqvist, F. (2003). The anti-doping hot-line, a means to capture the abuse of doping agents in the Swedish society and a new service function in clinical pharmacology. *Eur J Clin Pharmacol*, 59(8–9), 571–577.
- Graham, M. R., Davies, B., Grace, F. M., Kicman, A., & Baker, J. S. (2008). Anabolic steroid use: patterns of use and detection of doping. *Sports Med*, 38(6), 505–525.
- Guttormsson, U. (2007). *Mönstrandens drogvanor. 2006*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Gårevik, N., & Rane, A. (2010). Dual use of anabolic-androgenic steroids and narcotics in Sweden. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Jan 9. [Epub ahead of print].
- Hall, R. C., & Chapman, M. J. (2005). Psychiatric complications of anabolic steroid abuse. *Psychosom*, 46(4), 285–290.
- Hall, R. C., & Chapman, M. J. (2005). Psychiatric complications of anabolic steroid abuse. *Psychosom*, 46(4), 285–290.

- Hallberg, M., Johansson, P., Kindlundh, A. M., & Nyberg, F. (2000). Anabolic-androgenic steroids affect the content of substance P and substance P(1-7) in the rat brain. *Peptides*, 21(6), 845-852.
- Hermansson, G., & Moberg, T. (2008). *Anabola androgena steroider*. Göteborg: Mediahuset i Göteborg.
- Hildebrandt, T., Langenbucher, J., Carr, S., Sanjuan, P., & Park, S. (2006). Predicting intentions for long-term anabolic-androgenic steroid use among men: a covariance structure model. *Psychol Addict Behav*, 20(3), 234-240.
- Hildebrandt, T., Schlundt, D., Langenbucher, J., & Chung, T. (2006). Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. *Compr Psychiatry*, 47(2), 127-135.
- Hoff, D., & Herngren, E. (2008). *En kartläggning av träningsvanor och doping i Kalmar 2007: Humanvetenskapliga institutionen vid högskolan i Kalmar*.
- Hoffman, O. (2010). Pers medd 2010-04-02.
- Hvitfeldt, T., & Gripe, I. (2010). *Skolelevers drogvanor. 2009: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Institutet för lokal och regional demokrati. (2009). Kartläggning av träningsvanor och användning av prestationshöjande preparat i Kronobergs län 2008. Växjö: Länsstyrelsen i Kronobergs län*.
- Isacsson, G., Garle, M., Ljung, E. B., Asgård, U., & Bergman, U. (1998). Anabolic steroids and violent crime--an epidemiological study at a jail in Stockholm, Sweden. *Compr Psychiatry*, 39(4), 203-205.
- Johansson, P., Hallberg, M., Kindlundh, A., & Nyberg, F. (2000). The effect on opioid peptides in the rat brain, after chronic treatment with the anabolic androgenic steroid, nandrolone decanoate. *Brain Res Bull*, 51(5), 413-418.
- Kanayama, G., Hudson, J. I., & Pope, H. G. (2008). Long-term psychiatric and medical consequences of anabolic-androgenic steroid abuse: a looming public health concern? *Drug Alcohol Depend*, 98(1-2), 1-12.
- Kanayama, G., Brower, K.J., Wood, R.I., Hudson, J.I., & Pope, H. G. Jr. (2009a) Issues for DSM-V: clarifying the diagnostic criteria for anabolic-androgenic steroid dependence. *Am J Psychiatry*, 166(6), 642-645.

- Kanayama, G., Hudson, J. I., & Pope, H. G. (2009b). Features of men with anabolic-androgenic steroid dependence: A comparison with nondependent AAS users and with AAS nonusers. *Drug Alcohol Depend*, 102(1–3), 130–137.
- Kashkin, K. B., & Kleber, H. D. (1989). Hooked on hormones? An anabolic steroid addiction hypothesis. *JAMA*, 262(22), 3166–3170.
- Kindlundh, A. M., Bergstrom, M., Monazzam, A., Hallberg, M., Blomqvist, G., Langstrom, B., et al. (2002). Dopaminergic effects after chronic treatment with nandrolone visualized in rat brain by positron emission tomography. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 26(7–8), 1303–1308.
- Kindlundh, A. M., Hagekull, B., Isacson, D. G., & Nyberg, F. (2001). Adolescent use of anabolic-androgenic steroids and relations to self-reports of social, personality and health aspects. *Eur J Publ Health*, 11(3), 322–328.
- Kindlundh, A. M., Isacson, D. G., Berglund, L., & Nyberg, F. (1998). Doping among high school students in Uppsala, Sweden: A presentation of the attitudes, distribution, side effects, and extent of use. *Scand J Soc Med*, 26(1), 71–74.
- Kindlundh, A. M., Isacson, D. G., Berglund, L., & Nyberg, F. (1999). Factors associated with adolescent use of doping agents: anabolic-androgenic steroids. *Addiction*, 94(4), 543–553.
- Kindlundh, A. M., Lindblom, J., & Nyberg, F. (2003). Chronic administration with nandrolone decanoate induces alterations in the gene-transcript content of dopamine D(1)- and D(2)-receptors in the rat brain. *Brain Research*, 979(1–2), 37–42.
- Klötz, F. (2008). *Anabolic Androgenic Steroids and Criminality*. Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Uppsala.
- Klötz, F., Garle, M., Granath, F., & Thiblin, I. (2006). Criminality among individuals testing positive for the presence of anabolic androgenic steroids. *Arch Gen Psychiatry*, 63(11), 1274–1279.
- Klötz, F., Petersson, A., Isacson, D., & Thiblin, I. (2007). Violent crime and substance abuse: a medico-legal comparison between deceased users of anabolic androgenic steroids and abusers of illicit drugs. *Forensic Sci Int*. 173(1), 57–63. Epub 2007 Mar 2.
- Klötz, F., Petersson, A., Hoffman, O., & Thiblin, I. (2010). The significance of anabolic androgenic steroids in a Swedish prison population. *Compr Psychiatry*, 51(3), 312–318. Epub 2009 Jul 9.

- Kriminalvården. (2009). *Själv mord (suicid). Faktablad*. Hämtad 10 april, 2009, från http://www.kriminalvarden.se/upload/documents/Faktablad_Sjalvmord.pdf
- Käll, K. (2008). Socialmedicinska häktesprojektets helårsrapport Stockholm och Göteborg 2007.
- Leifman, H., & Rehnman, C. (2008a). Kartläggning av dopningsförekomst bland gymtränande i Stockholms län. *Rapport nr 35*. Hämtad 20 februari, 2009, från <http://www.stad.org>
- Leifman, H., & Rehnman, C. (2008b). Studie om svenska folkets användning av dopningspreparat. *Rapport 34*. Hämtad 20 februari, 2009, från <http://www.stad.org>
- Leifman, H., Rehnman, C., Sjöblom, E., & Holgersson, S. (2009). Uppskattad AAS förekomst bland tränande i Stockholms län. En observationsstudie genomförd på träningsanläggningar i Stockholms län. *Rapport 39*. Hämtad 10 juli, 2009, från <http://www.stad.org>
- Lindqvist, A. S., & Fahlke, C. (2005). Nandrolone decanoate has long-term effects on dominance in a competitive situation in male rats. *Physiol Behav*, 84(1), 45–51.
- Lundholm, L., Käll, K., Wallin, S., Thiblin, I. (2010). Use of anabolic androgenic steroids in substance abusers arrested for crime. *Drug Alcohol Depend*, 2010 Jun 3. [Epub ahead of print].
- Malmö stadskontors folkhälsoenhet. (2008). *Sammanfattning av resultat från enkätstudie riktad till tränande på gym i Malmö*. Malmö.
- Malone, D. A., Dimeff, R. J., Lombardo, J. A., & Sample, R. H. (1995). Psychiatric effects and psychoactive substance use in anabolic-androgenic steroid users. *Clin J Sports Med*, 5(1), 25–31.
- Mickelsson, K. (2010). *Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder. Rapport 2009:15*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Middleman, A. B., & DuRant, R. H. (1996). Anabolic steroid use and associated health risk behaviours. *Sports Med (Auckland)*, 21(4), 251–255.
- Midgley, S. J., Heather, N., & Davies, J. B. (2001). Levels of aggression among a group of anabolic-androgenic steroid users. *Med Sci Law*, 41(4), 309–314.

- Miller, W. R., & Carroll, K. (2006). *Rethinking Substance Abuse: What The Science Shows, and What We Should Do About It*. New York: Guilford Press.
- MOB. (2004) Seminarium om missbruk av hormonbaserade dopningsmedel. 2004-01-20.
- MOB. (2006) Aktionsplan mot missbruk av hormonpreparat. 2006-12-13.
- Moberg, T., & Hermansson, G. (2006). *Mandom, mod och morske män: anabola androgena steroider: medicinskt, rättsligt och socialt*. Göteborg: Mediahuset.
- National Institute on Drug Abuse. (2006). *Research Report Series – Anabolic Steroid Abuse*. Hämtad 10 juli, 2009, från <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Steroids/AnabolicSteroids.html>
- Nilsson, S., Baigi, A., Marklund, B., & Fridlund, B. (2001). The prevalence of the use of androgenic anabolic steroids by adolescents in a county of Sweden. *Eur J Publ Health, 11*(2), 195–197.
- Nilsson, S., Spak, F., Marklund, B., Baigi, A., & Allebeck, P. (2004). Attitudes and behaviors with regards to androgenic anabolic steroids among male adolescents in a county of Sweden. *Subst Use Misuse, 39*(8), 1183–1197.
- Noakes, T. D. (2004). Tainted glory--doping and athletic performance. *N Engl J Med, 351*(9), 847–849.
- Pagonis, T. A., Angelopoulos, N. V., Koukoulis, G. N., & Hadjichristodoulou, C. S. (2006). Psychiatric side effects induced by supraphysiological doses of combinations of anabolic steroids correlate to the severity of abuse. *Eur Psychiatry, 21*(8), 551–562.
- Pagonis, T. A., Angelopoulos, N. V., Koukoulis, G. N., Hadjichristodoulou, C. S., & Toli, P. N. (2006). Psychiatric and hostility factors related to use of anabolic steroids in monozygotic twins. *Eur Psychiatry, 21*(8), 563–569.
- Papazisis, G., Kouvelas, D., Mastrogianni, A., & Karastergiou, A. (2007). Anabolic androgenic steroid abuse and mood disorder: a case report. *Int J Neuropsychopharmacol, 10*(2), 291–293.
- Parkinson, A. B., & Evans, N. A. (2006). Anabolic androgenic steroids: a survey of 500 users. *Med Sci Sports Exerc, 38*(4), 644–651.

- Petersson, A. (2008). *Characteristics and Consequences of Use of Anabolic Androgenic Steroids in Poly Substance Abuse*. Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Uppsala.
- Petersson, A., Bengtsson, J., Voltaire-Carlsson, A., & Thiblin, I. (2010). Substance abusers' motives for using anabolic androgenic steroids. *Drug Alcohol Depend*, 111(1–2), 170–172. Epub 2010 May 21.
- Petersson, A., Garle, M., Granath, F., & Thiblin, I. (2006). Morbidity and mortality in patients testing positively for the presence of anabolic androgenic steroids in connection with receiving medical care. A controlled retrospective cohort study. *Drug Alcohol Depend*, 81(3), 215–220.
- Petersson, A., Garle, M., Holmgren, P., Druid, H., Krantz, P., & Thiblin, I. (2006). Toxicological findings and manner of death in autopsied users of anabolic androgenic steroids. *Drug Alc Depend*, 81(3), 241–249.
- Pope, H. G., Jr., & Katz, D. L. (1990). Homicide and near-homicide by anabolic steroid users. *J Clin Psychiatry*, 51(1), 28–31.
- Pope, H. G., Jr., & Katz, D. L. (1994). Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use. A controlled study of 160 athletes. *Arch Gen Psychiatry*, 51(5), 375–382.
- Pope, H. G., Jr., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosom*, 38(6), 548–557.
- Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession*. New York; London: Free Press.
- Quaglio, G., Fornasiero, A., Mezzelani, P., Moreschini, S., Lugoboni, F., & Lechi, A. (2009). Anabolic steroids: dependence and complications of chronic use. *Int Emerg Med*.
- Riksidrottsförbundet. (2009). *Statistik över dopingfall per utövar-kategori 2002–2008*.
- Rikskriminalpolisen, & Tullverket. (2008). *Den illegala drogsituationen i Sverige 2007*: Rikskriminalpolisen, Tullverket.
- Rikskriminalpolisen & Tullverket. (2010) *Drogsituationen – lägesbild i Sverige 2008–2009*.
<http://www.polisen.se/sv/Aktuellt/Rapporter-och-publikationer/Rapporter/Publicerat--->

Nationellt/Amnesrapporter/Narkotika/Drogsituationen-2008---
2009/ 2010-11-08

- Rohman, L. (2009). The relationship between anabolic androgenic steroids and muscle dysmorphia: a review. *Eat Disord*, 17(3), 187–199.
- Rosén, T. (2009). *Dopning (hormondopning)*. Hämtad 22 januari, 2009, från http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1552
- Sjöqvist, F., Garle, M., & Rane, A. (2008). Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society. *Lancet*, 371(9627), 1872–1882.
- SKOP. (1993). *Ungdomsundersökning*: Skandinavisk opinion AB.
- Skårberg, K. (2009a). *Anabolic-androgenic steroid users in treatment: social background, drug use patterns, and criminality*. Doktorsavhandling, Örebro universitet, Örebro.
- Skårberg, K. (2009b). *Is there an association between use of anabolic-androgenic steroids and criminality?* Opublicerad submitted article. Avdelningen för klinisk medicin vid Örebro universitet: Beroendecentrum vid Örebro läns landsting.
- Skårberg, K., & Engstrom, I. (2007). Troubled social background of male anabolic-androgenic steroid abusers in treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2, 20.
- Skårberg, K., Nyberg, F., & Engstrom, I. (2008). The development of multiple drug use among anabolic-androgenic steroid users: six subjective case reports. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 3, 24.
- Skårberg, K., Nyberg, F., & Engstrom, I. (2009). Multisubstance Use as a Feature of Addiction to Anabolic-Androgenic Steroids. *Eur Addict Res*, 15(2), 99–106.
- Skårberg, K., Nyberg, F. & Engstrom, I. (2010). Is there an association between use of anabolic-androgenic steroids and criminality? *Eur Addict Res*. 16(4), 213-9.
- SOU. (2010). *Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården*. En diskussionspromemoria från Missbruksutredningen (S 2008:04).

- Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Delstudie i Statens folkhälsoinstituts prevalensprojekt som har till syfte att kartlägga narkotikaanvändandet bland universitets- och högskolestuderande i Sverige*. Lunds universitet, Statistiska centralbyrån, Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (Opubl.) *Delstudie i Statens folkhälsoinstituts prevalensprojekt som har till syfte att kartlägga narkotikaanvändandet bland universitets- och högskolestuderande i Sverige*. Opublicerad enkätstudie. Lunds universitet, Statistiska centralbyrån, Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (Opubl.-a) *Delstudie i Statens folkhälsoinstituts prevalensprojekt som har till syfte att kartlägga narkotikaanvändandet i Sverige*. Opublicerad enkätstudie. Lunds universitet, Statistiska centralbyrån, Statens folkhälsoinstitut.
- Steenland, P., Blakely, G., Nyberg, F., Fahlke, C., & Pohorecky, L. A. (2005). Anabolic androgenic steroid affects social aggression and fear-related behaviors in male pair-housed rats. *Horm Behav*, 48(2), 216–224.
- Steenland, P., Hallberg, M., Kindlundh, A., Fahlke, C., & Nyberg, F. (2005). Amphetamine-induced aggression is enhanced in rats pre-treated with the anabolic androgenic steroid nandrolone decanoate. *Steroids*, 70(3), 199–204.
- Talih, F., Fattal, O., & Malone, D., Jr. (2007). Anabolic steroid abuse: psychiatric and physical costs. *Cleve Clin J Med*, 74(5), 341–344, 346, 349–352.
- TEMO. (1993). *Bruket av psykofarmaka, narkotika och anabola androgena steroider. För CAN våren 1993*. FS-9318/21.
- TEMO. (1994a). *Bruket av psykofarmaka, narkotika och dopingmedel. För CAN våren 1994*. FS-9408/10.
- TEMO. (1994b). *Systembolaget. Ungdomsundersökning*. T-10004.
- TEMO. (1995). *Socialdepartementet. Utredningen om dopning*. T-11213.
- TEMO. (1996a). *Bruket av psykofarmaka, narkotika och dopingmedel. För CAN våren 1996*. FS-9607/13.
- TEMO. (1996b). *Systembolaget. Ungdomsundersökning*. T-12601.
- TEMO. (1998). *Systembolaget. Ungdomsundersökning*. T-14011.
- TEMO. (2000). *Bruket av psykofarmaka, narkotika och dopingmedel. Fråga psykofarmaka*. FS-200130/FS-200170/FS-200200/FS-200230.

- Thiblin, I. (2008). Yttrande över förekomst och vissa konsekvenser av illegal användande av anabola androgena steroider: bilaga 5(Red.), *SOU 2008:120: Bättre kontroll av missbruksmedel: en effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m.m.: betänkande av narkotikautredningen* Stockholm: Fritze.
- Thiblin, I. (2009). Anabola androgena steroider och blandmissbruk – en prevalensuppskattning. *Missbruksutredningen* (S 2008:04). 2009-11-01.
- Thiblin, I., & Parlklo, T. (2002). Anabolic androgenic steroids and violence. *Acta psychiatr Scand. Suppl.*(412), 125–128.
- Thiblin, I., Lindquist, O., & Rajs, J. (2000). Cause and manner of death among users of anabolic androgenic steroids. *J Forensic Sci*, 45(1), 16–23.
- Wallin, S. (2009). Socialmedicinska häktesprojektets helårsrapport Stockholm 2008.
- Wichstrom, L., & Pedersen, W. (2001). Use of anabolic-androgenic steroids in adolescence: winning, looking good or being bad? *J Stud Alcohol Drugs*, 62(1), 5–13.
- Wroblewska, A. M. (1997). Androgenic anabolic steroids and body dysmorphism in young men. *J Psychosom Res*, 42, 225–234.
- Yang, C. F., Gray, P., & Pope, H. G. Jr. (2005). Male body image in Taiwan versus the West: Yanggang Zhiqi meets the Adonis complex. *Am J Psychiatry*, 162(2), 263–269.

14 Kvinno- och barnperspektiv på insatser inom missbruks- och beroendevården

*Karin Trulsson, fil. dr och socionom
Vera Segraeus, fil. dr*

Sammanfattning

Detta är en sammanställning av forskningsläget när det gäller kvinnors missbruk och behandling samt deras barns utsatta situation. Behandlingssystemen är uppbyggda för mäns behov. Kvinnor förefaller mindre intressanta för utvärderarna. Hur kvinnors missbruk ser ut och vad som utgör de bästa insatserna för dem tenderar att förbises. Kvinnor har i större utsträckning än män erfarenhet av sexuella övergrepp, fysiskt våld, suicidförsök och medicinering för psykiska problem. Detta ställer krav på "gender sensitive" behandling. Förutom individuella hänsyn behöver behandlingsinsatserna anpassas till behov hos olika subgrupper av kvinnor och utvecklas såväl i öppenvård som institutionsvård. Avgörande är kontinuitet och långsiktiga stöd och behandlingsinsatser. I dag vet man, att kvinnor under sin livstid har lägre sannolikhet att få vård och behandling för sitt missbruk än män. De har flera barriärer att övervinna, brist på insatser för gravida, rädsla för omhändertagande av barnet och brist på barnomsorg i anknytning till vården och sist men inte minst rädslan för stigmatisering som gör att kvinnan försöker dölja sitt missbruk och drar sig för att söka vård. Graviditet är en nyckelsituation, då kvinnor visat sig speciellt motiverade att avbryta sitt missbruk. Detta ställer krav på tillgång till drogfria behandlingsalternativ för kvinnor, speciellt gäller det för gravida kvinnor och inom familjebehandling för småbarnsföräldrar.

Forskning och en fördjupad kunskap utifrån ett könsperspektiv på manligt och kvinnligt missbruk skulle kunna gynna och nyansera utvecklingen av förebyggande och behandlande insatser. Ett familjeperspektiv, inkluderande mäns och kvinnors missbruksproblematik och de utsatta barnens behov behöver vidareutvecklas. Underlaget till dessa slutsatser är baserat på svenska och internationella studier och översikter.

14.1 Inledning

För att förstå mäns och kvinnors missbruk och behov av preventiva och behandlande insatser behövs ett teoretiskt perspektiv som synliggör kön. Yvonne Hirdman (1998) talar om genussystemet, det nätverk av processer, fenomen, föreställningar och förväntningar som bildar mönster och ordnar kön. Hon belyser "isärhållandets" logiker, att manligt och kvinnligt inte ska blandas, vilket innebär att varje samhälle och varje tid har kontrakt för samspelet mellan könen. "Genuskontrakten", idealbilden av man och kvinna, arbetsdelningen mellan könen och socialisationen är i väsentliga delar olika för de båda könen. De har genom historien styrt hur män och kvinnor ska förhålla sig till varandra. Kvinnan ansvarar för "hemmets sfär" och vården av hem och barn. Mannen ansvarar för den "offentliga sfären" och livet utanför hemmet. Hirdman (2001) beskriver också hur genuskontrakten under sista seklet tappat kraft i det svenska och andra västerländska samhällen. "Det moderna projektet" har skakat om könen relationer. Kvinnans idealbild som husmor med sin plats i hemmet under förra seklets början har fått ge vika för en jämställd kvinna, som delar ansvaret för hem och barn med mannen och en offentlig sektor, som avlastar hemuppgifter. Samtidigt ges exempel på hur genusstereotypierna tenderar att komma till korta, i "verkliga" mäns och kvinnors liv.

En genomgång beträffande mäns och kvinnors missbruk (Trulsson 2003 a) visar på en del likheter mellan manligt och kvinnligt missbruk, men främst blir skillnaderna mellan män och kvinnor tydliga. I förhållande till idealbilden i samhället om kvinnan som nykter, kontrollerad och den sammanhållande i hem och familj, utgör den missbrukande kvinnan närmast en motbild. Missbruket förknippas också med epiteten sexuellt lösaktig och "dålig" mamma. Detta bidrar till svag självkänsla, skam och skuld hos kvinnorna. Mäns bruk och missbruk av droger möts däremot med större tolerans. Detta kan tolkas som ett utslag av att alkoholen av tradition utgör ett naturligt inslag i vardagslivet i samhället och att det ses som manligt att en man "tar sig ett järn".

En kvalitativ studie (Trulsson 1998, 1999) av psykosocialt utsatta missbrukarfamiljer visar traditionell arbetsdelning mellan könen. Mamman har enligt kvinnornas berättelser huvudansvaret för hem och barn till dess missbruket tar överhanden. Först i den situationen bryter drogfria pappor sin traditionella roll och tar över

ansvaret för barnen. Kvinnors missbruk som uttryck för frihetssträvanden och att män tar över ansvar för hem och barn kan ses som utslag av det ”moderna projektet” (Hirdman 2001).

En annan kvalitativ studie av ett terapeutiskt samhälle för kvinnor (Trulsson 2000, 2003 b) visar att missbrukande kvinnor i behandling kan ta igen brister i sin socialisation, den ofta genom tidigt missbruk förlorade tonårstiden. Det sker i nära samspel med de kvinnliga behandlarna och ”väninnorna” i kollektivet. Därigenom kan de, i likhet med vad Ravndal (1994) funnit, få tillgång till redskap både att hantera drogberoendet och relationen till män. Spak (1999) efterlyser ett könsperspektiv också på mäns familjereationer. Missbrukande kvinnors och mäns väg ut ur narkotikamissbruk belyser Blomqvist (2002) i en intervjustudie med 42 män och 33 kvinnor. Många kvinnor påtalade beslutet att sluta med narkotika som resultatet av en längre inre mognadsprocess. Männen och några kvinnor talar om en tydlig vändpunkt pga. en krisartad händelse eller starkt försämrade levnadsvillkor. Graviditet och ansvar för de egna barnen spelar en påtaglig roll för kvinnornas väg ut ur missbruk, medan männen nämner olika ”yttre” skäl. Av betydelse är vad Scheffel Birath (2010) belyst, hur en bristfällig relation till den egna modern inverkat negativt på behandlingsresultatet i öppenvårdsbehandling av alkoholberoende kvinnor.

14.2 Nya alkoholvanor bland kvinnor

Duckert, Lossius, Ravndal och Sandvik (2008) beskriver hur ny forskning utvecklats de sista 10–20 åren, både kliniska studier och studier om den vanliga kvinnliga befolkningens förhållande till alkohol. Dessa visar, att kvinnor i de flesta västliga, industrialiserade länder dricker mer alkohol än tidigare. Samtidigt dricker de betydligt mindre än männen i motsvarande ålderskategorier. I de olika länderna dricker både flickor och pojkar betydligt mer än den vuxna befolkningen. Alkoholkonsumtionen jämnas emellertid ut med ökande ålder. Det som påtagligt minskar bruket både bland kvinnor och män är att bilda familj och få barn. En nationell norsk studie (Hoverak, O. & Bye 2007) visar, att situationen att ha hemmavarande minderåriga barn reducerar alkoholbruket både för män och kvinnor. Från ung vuxen till förälder reduceras alkoholbruket för män med 29 procent och för kvinnor med 38 procent. Enligt författarna kan detta ses som uttryck för kvarstående

traditionella könsmonster. De förtydligar, att både biologiska faktorer och samhällsförväntningar reglerar kvinnors alkoholbruk. De allra flesta kvinnor minskar eller avhåller sig från alkoholbruk under graviditet och småbarnsperiod. Deras bruk verkar i hög grad påverkas av relationer till signifikanta andra. Författarna summerar, att trots att kvinnor och män haft samma tillgång till alkohol i många år dricker kvinnor fortfarande 30 procent av vad män konsumerar.

14.3 Mönster att ta droger bland ungdomar

Utredningen ”Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på socialtjänsten” (2004) fann att bland ungdomar i riskzon, genom social barnavård placerade utanför hemmet, var missbruk lika vanligt bland pojkar och flickor. Asocialt beteende som kriminalitet och våld var dubbelt så vanligt bland pojkar. Sexuellt utagerande eller prostitution var det enda beteendet som noterades mer för flickor än pojkar.

Beträffande missbruksmönster visar Anderssons (1993, 1996) studie av missbrukande ungdomar vid behandlingsenheten Maria Ungdom, att konflikter med föräldrarna och rymningar eller utstötningar från familjen var vanligare för flickorna. Författarens tolkning är att flickorna blev utstötta från familjen, om de bröt alltför mycket mot normen för kvinnligt beteende. De placerades oftare än pojkarna i familjehem eller på institution. Pojkarnas avvikande beteende föreföll bli mindre fördömt och möttes med mer överseende av föräldrarna.

14.4 Etiologi för drogproblem

I en sin avhandling grundad på två populationsbaserade stickprov på WAG (Women and Alcohol in Göteborg) studerar Spak (2001) riskfaktorerna för alkoholmissbruk. Hon påvisar, att sexuella övergrepp i barndomen har samband med senare alkoholberoende och att detta förstärks av våld eller hot. Depression och missbruk förekommer tillsammans. I en annan avhandling (Trulsson 2003 b) om missbrukande kvinnors familjeliv och erfarenheter i behandling beskriver kvinnor brytpunkter under barndomen, som främst grundar sig på erfarenheter av separationer och sexuellt utnyttjande. Utredningen ”Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på social-

tjänsten” (2004) konstaterar, att i prevention och behandling är det viktigt att ta hänsyn till att utvecklingen som riskerar leda till ett missbruk börjar tidigt i livet.

14.5 Kamratgruppsstrategier

Studier av missbrukande ungdomars socialisation underlättar förståelsen av kamratgruppsstrategier under tidiga tonår. Ramström (1984) belyser hur detta sker genom stegvis socialisation. Beträffande det första steget – de tidiga barndomserfarenheterna visar det sig att både pojkar och flickor har brister i sin socialisation genom tidiga erfarenheter av separationer, missbruk och på andra sätt socialt utsatta hemförhållanden.

Detta påverkar det andra steget – tonårskrisen. Både pojkar och flickor har ofta erfarenhet av en destruktiv dialog i ursprungsfamiljen och de är dåligt förberedda för tonårskrisen. Det dilemma löser de genom att få gemenskap och en plats i missbrukargängen. De som känt sig utestängda får här en kultur att komma in i. Forskning om behandling av missbrukande ungdomar visar, att samhället behandlar tonårspojkars och tonårsflickors utagerande beteende olika. Det finns en tendens att överse med vad pojkarna gör. Ansvar läggs utanför dem. Flickors utagerande speciellt det sexuella utagerandet ställs de själva till ansvar för. De får i större utsträckning flytta hemifrån eller byta fosterhem än pojkar (Sjöblom 2002, Andersson 2002). Forskarna Bjerrum Nielsen och Rudberg (1991) har i studier av pojkars och flickors socialisation sett skillnader mellan flickor som agerar ut i tonåren. En grupp ”gängflickor” lugnar ner sig efter några år. En annan grupp ”problemflickor” fortsätter utagerande och missbruk. Gemensamt för den gruppen är deras problem med köns identiteten.

14.6 Hedonistiskt uppförande bland ungdomar

I en studie om ”backpackers” och långresenärers användande av droger finner Svensson och Svensson (2005) att detta bör ses som ett globalt och mobilt drogande som begränsas i tid och rum. Det handlar om ett rum hemma i Sverige och ett rum utomlands där drogerna knöts till resan, det ”flummiga” rummet. Där begränsade de resandes, genomgående studenters, droganvändande till viss tid

och vissa situationer. Eftersom drogandet på detta sätt var begränsat förefaller det inte leda vidare till rekreationellt drogande eller missbruk. Inga skillnader förekommer i kvinnors och mäns förhållande till att använda illegala droger. Att kvinnor gör samma saker som män ses som ett led i resandet. Backpackerslivsstilen lyfter fram ett jämställdhetsideal, men detta bygger på en manlig norm. När kvinnorna kommer hem förefaller de inrätta sig efter rådande normer kring kvinnlighet. Det visade sig i efterkonstruktionerna av berättelserna, där de kvinnliga resenärerna ifrågasatte och i vissa fall skämdes över sina handlingar.

14.7 Kvinnors missbruk och behandling

Det mesta som skrivits om missbruk och behandling handlar om män. Kvinnors missbruk och behandlingsbehov har först på senare decennier uppmärksammats. En systematisk översikt från 2007 av Greenfield et al berör utfall av behandling för kvinnor. Studien baserar sig på en sökning av engelskspråkig litteratur från 1975–2005 på Medline och Psyc Info. Man fann 280 relevanta artiklar varav 90 procent publicerats efter 1990. Bara 11,8 procent av dessa studier var randomiserade kontrollerade. Resultaten visade att kvinnor under sin livstid har lägre sannolikhet att komma till behandling än män. Kön är däremot inte en signifikant prediktor på behandlingsretention eller utfall. Flera av de karaktäristika som är relaterade till gott utfall varierar dock med kön, som ex vis socioekonomisk status, inkomst, arbete, utbildning, social support och social stabilitet. En slutsats var att kvinnobehandling inte nödvändigtvis är mer effektiv än könsblandad behandling, men behandling, som inkluderar insatser för problem som är mer vanliga hos kvinnor, är något mer effektiva. Det kan ju vara så att all s.k. kvinnobehandling inte innehåller insatser för dessa problem. Det är viktigt att utveckla behandlingsinsatser och följa upp effektiviteten av dem för olika subgrupper av kvinnor. Missbrukande kvinnor är en heterogen grupp med olika behov.

I en intervjustudie av kvinnor i genderspecifika behandlingsprogram (Nelson-Zlupko et al 1996) om kvinnors behandlingserfarenheter framkom fem teman. 1. Individuellt stöd och rådgivning var den viktigaste faktorn för kvinnors behandlingsretention dvs. kvarstannande i behandling. 2. Man upplevde att sexuella trakasserier ofta förekommer i icke genderspecifika behandlingsprogram.

3. Barnomsorg är viktig för kvinnor med barn. 4. Könsblandad behandling är inte öppen för ett fritt uttryckande av kvinnors behov och erfarenheter. 5. Effektiviteten hos genderspecifik behandling framgår ej när den jämförs med icke genderspecifik behandling, med gendersensitiva inslag. Det behövs mer studier av kvinno-behandling versus könsblandad behandling för att kunna säga vad som är bäst i det enskilda fallet.

I samma riktning talar en forskningsöversikt (Sun 2006) om programfaktorers inverkan på behandlingsresultat i missbruksbehandling för kvinnor. Denna lyfter fram några centrala behandlingsfaktorer som bidrar till positiv utveckling. Enkönade kvinno-program eller kvinnogrupper är att föredra för missbrukande kvinnor. Institutionsvård tenderar att leda till ett stabilare och mer långsiktigt tillfrisknande för de kvinnor har störst belastning och stress från omgivningen. Av betydelse för resultatet är emellertid också intensiteten i behandlingen, den inledande behandlingen och eftervården. En förutsättning för optimal behandling är vård och service när det gäller barnen. En icke fördömande och non-konfrontativ behandling som innefattar både individuella samtal och gruppsamtal rekommenderas.

Ashley m.fl. (2003) har analyserat 38 studier, där sju jämförde könsblandad och könsspecifik behandling. Övriga studier blev utvalda pga. de fokuserade olika kvinno-specifika problemställningar som mor barn relationen, graviditet och missbruk behandlingsprogram för kvinnor och kvinnors psykiska hälsa. Alla studier beträffande könsspecifik behandling visade gynnsam utveckling avseende minskat missbruk och ökat psykologiskt bemästrande, medan könsblandad behandling gav varierande resultat, ofta beroende på om behandlingen innehöll könsspecifika insatser. De insatser i behandlingen som gett positivt resultat är barnomsorg, stöd under graviditet, behandling för enbart kvinnor, särskilda kvinnoaktiviteter samt mångfacetterade och innehållsrika program. Kvinnorna genomförde i större utsträckning könsspecifik behandling.

Tuchman (2010) skriver att nyare missbruksforskning visar signifikanta gendreskillnader i missbruksrelaterad epidemiologi, sociala faktorer och karaktäristika, biologiska responser och beroendeutveckling, medicinska konsekvenser, samtida psykiska störningar, behandlingsbarriärer och behandlings retention. Barriärer för unga kvinnor som noterats senaste två decennierna är graviditet, brist på insatser för gravida kvinnor, rädsla för att

förlora vårdnaden av barnet efter födseln, rädsla för sexuella trakasserier och sist men inte minst bristen på barnomsorg. Få behandlingsprogram inkluderar barnomsorg eller ordnar med sådan. Tuchman säger också att tidigare forskning visat att män är mer benägna att förneka sitt missbruk. För att bryta ett sådant förnekande är konfrontativa metoder verksamma. Kvinnor förnekar inte i samma utsträckning sitt missbruk, men tenderar i stället att uppleva skuld och skam. För dem passar inte metoder som just tjänar till att väcka skuld och skamkänslor. Hon hävdar också att resultat från flera studier visar på könsberoende skillnader i interaktionsstil mellan män och kvinnor och att mäns traditionella samhälleliga dominans kan påverka kvinnor negativt i könsblandad behandling i grupp. Även om man i dag känner till och försöker ta hänsyn till könsskillnader bland klienter i missbrukarvården så har de nya behandlingsambitionerna inte studerats på ett adekvat sätt. Eftersom kvinnor är underrepresenterade i missbruksvård behövs nya studier för att mäta genderekskillnader i utfall av olika behandlingsstrategier. Genderspecifika "assessment" – skalor och behandlingsprotokoll behöver utvecklas och införas för att optimera behandlingseffektiviteten. Framtida forskning bör vara teoretiskt baserad och metodologiskt godtagbar för att utveckla den evidensbaserade kunskapen om missbrukarvård för kvinnor menar Tuchman.

14.8 Forskning som bedrivits i Europa och Skandinavien

Forskning om män och kvinnor i terapeutiska samhällen i nio europeiska länder (De Wilde 2005, De Wilde & Trulsson 2006, Segraeus 2005) visar, att kvinnor har specifika behov som behöver uppmärksammas i behandling och ställer krav på "gender sensitive" behandling. Kvinnor har en specifik psykiatrisk profil som kan härledas till att de i större utsträckning än män har erfarenheter av sexuella övergrepp, fysiskt våld, suicidförsök och medicinering för psykiska problem. De har ofta relationsproblem och är i behov av stöd i vårdnaden av barn. I större utsträckning än män har de mödrar med missbruks- och psykologiska problem (jfr Dahlgren & Willander 1991, SOU 1994:28 Kvinnor och Alkohol, delbetänkande av Alkoholpolitiska Kommissionen). Dahlgren (1992) talar liksom De Wilde och Trulsson (2006) om att individuella samtal

med möjlighet att få en nära relation och att bearbeta trauman, vänneskap i grupp och fokusering på stöd i föräldrarollen samt i relationen till barn utgör centrala inslag i kvinnobehandling. Symtomtolerans, i betydelsen acceptans och förståelse för enstaka återfall i missbruk under rehabiliteringsprocessen, är också enligt kvinnorna angelägen. Detta innebär att de i samband med återfall i missbruk uppmuntras till avgiftning för att sedan återuppta och fullfölja behandlingen. Liksom långsiktighet i behandlingen är detta en grundförutsättning för ökad självkänsla och trygghet enligt kvinnorna.

Ravndal (1994) belyser, att i traditionell könsblandad behandling ökar risken för att kvinnor avbryter behandlingen, inleder destruktiva relationer med manliga medpatienter och får tidigare återfall i missbruk. Segraeus (2005) har gjort en historisk översikt över behandling i terapeutiska samhällen för missbrukande kvinnor. Hon tar upp och belyser frågan om "kvinnobehandling på männens villkor". Därvid visar hon på en riktning från könsneutral behandling mot könssegregerad behandling som tar hänsyn till kvinnors specifika behov. Hon refererar till Brown m.fl. (i Segraeus 2005) om att det behövs tre typer av större förändringar av den traditionella modellen av Terapeutiskt Samhälle, den s.k. TS-modellen, för att möta behoven hos missbrukande kvinnor. TS-modellen för missbrukare som den utvecklats i USA är en hierarkiskt uppbyggd strukturerad modell, som bygger på hjälp till självhjälpsprincipen. Den har inte tagit hänsyn till könsskillnader. (Se Segraeus 2005). Strukturen måste ta hänsyn till kvinnors relation till barn och partners. Behandlingen bör beröra kvinnors rädsla, skam och skuld. Kvinnlig personal är betydelsefull. Öjehagen (1994) beskriver hur missbrukande kvinnor har dålig självkänsla, ångest och depressioner i större utsträckning än missbrukande män. Hon talar också om den speciella stigmatiseringen av kvinnors missbruk. Dessa båda faktorer kan vara en bidragande orsak till att missbrukande kvinnor främst betonar betydelsen av individuella samtal, inte det i traditionell miljöterapi vanligaste gruppsamtalet (Trulsson 2003 b, 2008).

Duckert med flera (2008) har utifrån ett flerdimensionellt skandinaviskt perspektiv belyst kvinnors alkoholbruk och alkoholproblem. De konstaterar att det finns mycket skrivet om män och alkoholbruk, medan det finns mindre systematiserad kunskap om kvinnors alkoholbruk och alkoholrelaterade problem. Detta osynliggörande av kvinnor tenderar att leda till att kvinnor primärt

erbjuds könsblandad behandling. Författarna frågar sig: "Skulle liknande missförhållanden mellan kunskap och praktik vara möjlig inom den specialiserade hälso- och sjukvården som t.ex. i behandling av cancer eller hjärt- och kärlsjukdomar?" (Duckert et al s. 138). Samhällets intention är att ge den behandling som ger bäst resultat och relativt sett är mest kostnadseffektiv. Författarna konstaterar, att kvinnospecifik behandling inte är dyrare än könsblandad behandling, att mycket är outforskat och att forskningen har brister, men att flera undersökningar visar att den behandlingen ger gynnsamma resultat. Behandlingsresultaten kan inte förklaras utifrån kvinnornas motivation eller diagnos, utan av den behandling de exponeras för. Ett mångfacetterat behandlingsutbud behövs som erbjuder en kombination av både grupp och individuell behandling, kvinnoinriktad undervisning som föräldraroll, relationer, sexualitet, kroppsuppfattning och psykiska problem. Behandlingen behöver bearbeta trauman efter fysiska, psykiska och sexuella övergrepp (jfr Spak 2001, Trulsson 2003b). Könsspecifik behandling är att föredra för kvinnor med psykisk sjukdom, trauman och relationsproblem. För kvinnor utan psykiska störningar och med intakt social situation och relationer kan kortare interventioner i mer könsblandade miljöer vara tillräckliga. Författarna refererar till Miller och Carrol (i Duckert et al 2008) som talar om att olika kognitiv och ändringsfokuserad rådgivning i detta sammanhang gett gynnsamma resultat. De belyser också, att missbrukande kvinnor har barriärer att söka hjälp för alkoholproblem och alkoholmissbruk pga. skam, skuld och rädsla att förlora vården om sina barn eller problem att ordna vård till barnen under behandlingstiden. Dessa barriärer behöver överbryggas och tas i beaktande i samband med förebyggande och behandlande insatser. Haver, Gjerstad, Lindberg och Frank (2009) lyfter fram hur rädslan för stigmatisering leder till att kvinnor försöker dölja sitt missbruk och därigenom drar sig för att söka behandling. De talar om behovet av tidig upptäckt och hur enkla interventionsinsatser är nödvändiga. Det är också primärprevention som syftar till att sänka den allmänna konsumtionsnivån av alkohol.

14.9 Uppföljning av svensk missbrukarvård utifrån ett könsperspektiv

När det gäller könsskillnader visar Byqvists (1997) uppföljning av behandlingen vid narkomanvårdsinstitutioner i SWEDATE-projektet (Bergmark, Björling, Grönbladh, Oscarsson & Segraeus 1989) intressanta resultat beträffande positivt och negativt utfall av behandlingen, när det gäller missbruk och sociala förhållanden i en klientgrupp med huvudsakligen män. Inslag som är vanliga i traditionell, könsneutral missbruksbehandling, som gruppsamtal och praktiskt arbete, uppskattades mest av de klienter som fick ett positivt utfall. Klienter med negativt utfall efterlyste främst individuella samtal och att få hjälp i kontakten med barn och föräldrar. Som framgått ovan (Dahlgren 1992, Trulsson 2000, 2003b) spelar just de behandlingsinslag som efterlystes av gruppen med negativt utfall en huvudroll i kvinnobehandling. Kanske visar resultaten i Byqvists studie på att gruppen män, som brutit med traditionella mönster, är förlorarna i könsneutral behandling. Föräldraskap och relationen till närstående är något som de liksom kvinnorna kan vilja fullfölja även i missbruksbehandling. Olika trauman, skam och skuld skulle även män kunna föredra att ta upp i individuella samtal i stället för att vara hänvisade enbart till den i terapeutiska samhällen traditionella gruppbehandlingen. På motsvarande sätt behöver situationen belysas för de kvinnor som inte passar in i den ”hegemoniska femininitet” som fått en framskjuten plats i den kvinnobehandling av missbrukare som utvecklats de sista decennierna. Detta sätter fokus på att såväl könsneutral som könsspecifik behandling behöver granskas så att individuella livsvillkor och behov av får en framskjuten roll.

14.10 Uppföljning av svensk kvinnobehandling för missbrukare

Den första speciella alkoholtaggningen i världen, som vände sig till enbart tidigare ej behandlade kvinnor, startades av Lena Dahlgren vid EWA-mottagningen (Early treatment of Women with Alcohol Addiccion), Karolinska sjukhuset. Parallellt med det kliniska arbetet bedrev hon forskning. Dahlgren (1984) visade vid tvåårsuppföljningen av de första 100 patienterna, att mottagningen lyckats fånga upp kvinnor på ett tidigt stadium och att behandlingen varit

framgångsrik för två tredjedelar av kvinnorna som slutat eller radikalt minskat sitt missbruk. Dahlgren konstaterade, att behandlingsstudier beträffande alkoholism tidigare så gott som uteslutande gällde manliga patienter, vilket gjorde det omöjligt med jämförelser avseende kvinnobehandling. Britt Haver har följt upp patienter vid mottagningen upp till 25 år. Haver och Dahlgren (1995) studerade mönster beträffande psykiatrisk samsjuklighet hos kvinnorna. Nästan samtliga hade ett alkoholberoende och 60 procent av kvinnorna hade också åtminstone en psykisk störning under livet. 23 procent hade en personlighetsstörning, som vanligen handlade om förstärkningsstörning och ångeststörning. Störningen hade oftast startat tidigt och hälften av kvinnorna hade tidigare sökt behandling vid psykiatriska institutioner. Den första delstudien av tjugofemårsuppföljningen beträffande dödligheten hos kvinnor som sökt hjälp vid EWA-mottagningen (Haver et al 2009) visar, att kvinnor med alkoholberoende har 2,4 gånger så hög dödlighet som kvinnor i en kontrollgrupp ur normalbefolkningen. Dödligheten hos kvinnor behandlade vid EWA-mottagningen är emellertid lägre än vad tidigare studier av alkoholberoende kvinnor visat. Särskilt oroande är siffrorna för de yngsta kvinnorna som har fyra gånger högre dödlighet än kontrollgruppen. Haver med flera konstaterar, att förstärkningsbehandlade alkoholberoende kvinnor har lägre mortalitet än tidigare kliniska studier visat, utom när det gäller den yngsta gruppen.

Kvinnorna vid EWA-klinikens alkoholmottagning har också belysts av Scheffel Birath i hennes avhandling (2010). Hon har studerat 134 kvinnor som åren 2001–2005 ingått i öppenvårdsbehandlingen. Alla kvinnor hade ett diagnostiserat alkoholberoende. Syftet med studien var att undersöka kvinnornas individuella och psykosociala drag samt faktorer som inverkar på behandlingsresultatet. Enligt Scheffel Birath är riskfyllt drickande mer skadligt för kvinnor än för män. De fysiologiska konsekvenserna kommer snabbare beroende på den delvis annorlunda ämnesomsättningen och att fördelningen av vätska/fett i kroppen skiljer sig mellan kvinnor och män. De psykologiska konsekvenserna utgörs av bl.a. ökad risk för depression och suicid, vilket gäller både kvinnor och män. Särskild kvinnobehandling har utvecklats i och med den ökade alkoholkonsumtionen bland kvinnor. Enligt Scheffel Birath har svensk forskning visat bättre behandlingsresultat för kvinnor vid en mottagning anpassad för kvinnor än vid en mottagning som vänder sig både till män och

kvinnor. Detta tolkas som ett resultat av att behandlingen för alkoholproblem huvudsakligen varit inriktad på män, som utgör den största målgruppen.

I studien ingår kvinnor som sökt hjälp för alkoholproblem. De har fortfarande anknytning till arbetsmarknad, bostad och vård av minderåriga barn. Kvinnorna hade emellertid svårt att hantera sin livssituation och upplevde, att de tillhör en i samhället illa sedd grupp, vilket ledde till skuld och skam. De ansåg behandlingen värdefull. Merparten av kvinnorna hade efter behandlingen helt slutat dricka eller drack en mindre mängd alkohol, bedömd som riskfri avseende fysiska och psykiska konsekvenser. Skillnader framkom beträffande olika grupper av kvinnor. 82 procent av kvinnorna var uppväxta med alkoholproblem hos en eller båda föräldrarna. Det fanns ett positivt samband mellan att ha en negativ relation till sin mamma och att ha två föräldrar med alkoholproblem. Det fanns också ett positivt samband mellan en upplevd negativ relation till sin mamma och relativt sett sämre behandlingsutfall jämfört med andra kvinnor. Vidare fanns skillnad beträffande personlighetsdrag och upplevd psykisk hälsa. Kvinnor som drack i genomsnitt samma mängd alkohol vid behandlingens start och vid avslutning kunde indelas i två grupper. Den ena gruppen visade personlighetsdrag som avvek signifikant från normalpopulationen (somatisk och psykologisk ångest, stresskänslighet, bitterhet och mistro). De skattade sin psykiska hälsa som ej tillfredställande. Den andra gruppen uppvisade drag som inte avvek från normalpopulationen och uppskattade sin psykiska hälsa som relativt tillfredställande. Kvinnorna i den första gruppen visade sig behöva signifikant flera besök för att nå samma resultat i behandlingen. Den mest belastade gruppen behöver således större behandlingsintensitet.

Två uppföljningsstudier visar behandlingsresultaten för två grupper psykosocialt utsatta missbrukande kvinnor, dels inom frivilligvård och dels inom tvångsvård. Laanemets (2002) beskriver, hur kvinnorna har en liknande problematik och ofta under lång tid har varit föremål för samhällsinsatser och ingripanden. Anmärkningsvärt är, att båda studierna visar på förhållandevis goda resultat trots kvinnornas tunga problematik.

Hedin (2003) visar i uppföljningen av den frivilliga institutionsbehandlingen vid Sofia behandlingshem för kvinnor (se Trulsson 2003b), att resultaten av den könsspecifika behandlingen, trots kvinnornas omfattande problem, visat sig goda. En tredjedel, en

grupp unga kvinnor (20-årsåldern) förmådde lämna drogmissbruket och förändra sin livssituation radikalt med utbildning, arbete och delvis nytt socialt nätverk, en tredjedel litet äldre kvinnor (30-årsåldern) förbättrade livssituationen t.ex. genom att erhålla egen lägenhet, börja studera och återknyta kontakten med barnen. En tredje grupp förmådde inte lämna drogmissbruket utan fick täta återfall och plågades fortsatt av vacklande hälsa och sociala problem av olika slag. De viktigaste elementen i behandlingen var långvarigheten, individuella stödjande och bearbetande samtal mellan kvinnan och hennes kontaktpersoner, samtalsgrupp med andra kvinnor och möjligheter att utveckla relationer i sociala nätverket genom eftervården. Den enkönade behandlingen utgjorde enligt Hedin (2003) en viktig förutsättning för att nå dessa resultat.

I en femårsuppföljning av kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM-hem under åren 1997–2000 har Fridell, Billsten, Jansson och Amylon (2009) beskrivit bakgrund, fysisk och psykisk sjukdomsbild samt vårdkonsumtion. Vid uppföljningen hade 48 procent av LVM-klienterna och 42 procent av LVU-klienterna det senaste året varit drogfria. Studien visar positiva resultat i linje med jämförbar frivillig behandling. Den belyser också om och hur kvinnornas psykiska problem påverkat resultatet avseende missbruk, kriminalitet och psykologisk situation. Därvid framkommer att kvinnor, som är drogfria eller blivit drogfria sista året, markant minskat sin kriminalitet och vårdkonsumtion. De visar också ett bättre subjektivt välbefinnande. En majoritet av kvinnorna uppger att vården vid Lunden bidragit till förbättringen. Sammanfattningsvis betonar forskarna nyttoperspektivet genom reducerade kostnader för kriminalitet och sjukvård. De efterlyser också bättre struktur och kontinuitet i eftervården som ett sätt att säkra stabiliteten i förbättringen som uppnåtts av LVM- och LVU-vården.

I sin avhandling ger Jansson (2010) en fördjupad bild av de vuxna och unga kvinnorna som vårdats vid Lunden och ger en inblick i institutionens verksamhet. Institutionen har i enlighet med nationella riktlinjer eftersträvat struktur, kontaktskapande aktiviteter och aktiv planering inför utskrivning. Personal och kontaktpersoner verkar också för att överbrygga ”kränkningen” över tvångsplaceringen. Aktiviteter i grupp innefattar bl.a. återfallsprevention och sex- och samlevnad tillsammans med barnmorska. Till det dagliga arbetet har lagts erfarenheter från kvinnobehandling

som individuella samtal, gemenskap med andra kvinnor, kontinuitet i insatser och att återfall diskuteras på ett icke fördömande sätt.

Femårsuppföljningen av kvinnorna vid Lunden (2010) har belyst psykiska problems inverkan på utfallet i behandlingen. Uppföljningen omfattade 132 kvinnor som deltagit i behandlingen mellan 1997 och 2000. Majoriteten (80 procent) av kvinnorna hade en hög nivå av personlighetsstörningar. Psykisk sjukdom var mindre vanlig (20 procent). Det vanligaste var samsjuklighet med narkotikaberoende och personlighetsstörning samt depressioner och ångestsymptom, men i mindre grad kronisk psykisk sjukdom. Behandlingen visar som framgått ovan (Fridell et al 2009) positiva resultat för kvinnorna i form av avbrutet eller minskat missbruk. Enligt Jansson (2010) förbättrades alla kvinnor med längre drogfrihetsperioder psykiskt. Därtill kom lägre antal domar för kriminalitet och mindre sjukhusvård. Uppförandestörningar (CD) och antisociala personlighetsstörningar visade sig däremot vara negativa prediktorer för behandlingsutfallet. Kvinnor med histrion, dependent- och tvångsmässiga personlighetsstörningar hade arbete i högre utsträckning än kvinnor med CD och undvikande personlighetsstörning. Kvinnorna vid Lunden skiljer sig från dem som vårdats inom Minnesota- och tolvstegsbehandling. Studier av tolvstegsmodellen av Berglund med flera (i Jansson 2010) visar att denna främst riktar sig till personer med en förhållandevis psykosocialt välfungerande situation och huvudsakligen tungt alkohol- eller tablett beroende. Patienter som remitterades till tolvstegsbehandling efter Lunden avbröt denna ganska snabbt. Enligt Jansson skulle en stor förändring av tolvstegsbehandling behövas beträffande ramar, hållning och typ av kunskaper hos behandlarna för att lyckas. Däremot bedöms strukturerad slutenvård och en obruten vårdkedja i öppenvård kunna bli framgångsrik också för den grupp kvinnor som vårdas vid Lunden.

Betydelsen av att i behandlingssammanhang uppmärksamma, att olika subgrupper av missbrukande kvinnor kan ha differentierade behov belyses av Alm, Berman, Kristiansson, Lindqvist, Palmstierna och Hellner Gumpert (2010). De har studerat könsskillnader beträffande återfall i brott bland psykiatriskt undersökta svenska lagöverträdare. Av studien framgår att sannolikheten att ingå i behandling är mindre för kvinnor än män, men att det inte föreligger könsskillnader när det gäller kvarstannande i behandling, fullföljande och resultat. Man konstaterar emellertid, att några resultatprediktorer kan vara könsspecifika. Det gäller subgrupper

av missbrukande kvinnor som har problem med sin psykiska hälsa. Vid jämförelse mellan grupper av kvinnor visade det sig, att samtliga kvinnor med upprepade lagöverträdelser saknade anställning. Det såg annorlunda ut för dem som inte återföll i brott. Av dem hade hälften anställning. Författarna refererade till Koon med flera (i Alm et al 2010), att anställda heroinmissbrukare hade högre utbildning och mer stabilt boende än de som var arbetslösa. De konstaterade, att anställning kan vara en källa till social kapacitet som skyddar mot kriminalitet. Vi tolkar det också som uttryck för, att ingå i ett socialt sammanhang, ha tryggad ekonomi och ett stabilt boende, minskar risken för kriminalitet. Beträffande våldsbrott visar forskningen allt mindre skillnader mellan könen. Fler kvinnor än män blev dömda till psykiatrisk tvångsvård, vilket indikerar allvarliga psykiska problem. Dessa resultat pekar på att kvinnor med "dubbeldiagnos", samsjuklighet mellan psykiska hälsoproblem och missbruk kan ha olika behov än kvinnor i andra populationer och män. Enligt författarna rör studien ett tidigare bristfälligt beforskat område, vilket får till följd, att resultaten kan få stor klinisk betydelse.

Sammanfattningsvis finns det inom både alkohol- och drogområdet många luckor i forskningen om missbrukande kvinnors problematik och behov av förebyggande och behandlande insatser. Speciellt gäller detta missbrukande flickor och unga kvinnor, där det närmast handlar om en avsaknad av studier. Kunskap behövs för att kunna differentiera olika subgrupper av kvinnor både avseende ålder, livsstil och de samhällsförhållanden kvinnorna ingår i. Samtidigt behövs studier som visar bredden av livsvillkor och därmed underlättar förståelsen av att var och en har en unik livssituation, vilket ställer krav på differentierade förebyggande och behandlande insatser.

14.11 Familjeperspektiv på missbruk

När det gäller familjeperspektiv på missbruk innebär det problem att såväl behandlingsarbete som forskning är specialiserade på barn- respektive vuxenperspektiv. Här behöver den helhetssyn som präglade förarbetet till Socialtjänstlagen åter lyftas fram för att uppnå optimala resultat i samband med förebyggande arbete och behandlingsinsatser. Missbruksvård och missbruksforskning har en tendens att förbise barnperspektivet, samtidigt som forskning och

behandling i samband med social barnavård har en tendens att förbise de vuxna missbrukande föräldrarnas problematik, den vanligaste anledningen till samhällsinslaganden. Detta har belysts i kunskapsöversikten "Missbrukande föräldrar, utsatta barn och socialt arbete" (Andersson, Bangura Arvidsson, Rasmusson & Trulsson 2006). Att förbise kvinno- och barnperspektivet kan i förlängningen få kostbara känslomässiga och ekonomiska konsekvenser. Därför behövs vidareutveckling av insatserna inom detta område. Tillgång till behandlingsresurser och ett långvarigt stöd har avgörande betydelse (se t.ex. Andersson 2008).

SOU 1994:29: Barn, föräldrar, alkohol, delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen redovisar kunskapsläget, insatser och verksamheter för barn till missbrukare. Utredningen konstaterar, att anhöriga som lever med missbrukare påverkas och riskerar skadas i större eller mindre grad. Speciellt betonas konsekvenserna för barnen som alarmerande. Internationella studier bekräftar risk för psykiska och psykosomatiska symptom hos anhöriga, eget missbruk och förekomst av våld.

Barns problematik förknippad med vuxnas bruk av berusningsmedel och hur man ska förhålla sig vid upptäckten, att barn lever i familjeförhållanden präglade av föräldrarnas missbruk belyses av Hansen, Meen Lørvik, Mortensen, Huseby & Linderot (1994). De lyfter fram, hur barnens problem ofta är dolda för omgivningen under lång period, eftersom deras signaler om hjälpbehov inte uppmärksammas. Att missbruk är ett tabubelagt område bidrar till att barnen har svårt att berätta om sina problem. Hur barnen kan bemötas och tillgängliga behandlingsresurser beskrivs. Vikten av att behandling vid beroende och missbruk omfattar anhöriga påpekas, vilket ökar möjligheterna till tidig intervention (jfr. Socialstyrelsen – Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem – Avrapportering av regeringsuppdrag 2007).

14.12 Graviditet och missbruk

Problematiken kring graviditet och missbruk har sedan upptäckten av Fetalt Alkoholsyndrom (FAS) varit föremål för en rad svenska studier sedan 1970-talet och framåt. Av dessa framkommer vikten av insatser till förmån för kvinnor och barn i samband med graviditeten. Att graviditeten är en nyckelsituation också för

kvinnor med avancerat missbruk av alkohol och narkotika visar en studie av missbrukande mammors livshistoriska berättelser (Trulsson 1999, 2003b). De flesta kvinnorna i gruppen avbryter eller minskar sitt missbruk dels av hänsyn till barnen och dels genom ökad öppenhet för relationen till den egna mamman och andra kvinnor i samband med förberedelsen för barnet. Detta kan vara en bidragande orsak till att många studier visar speciellt positiva behandlingsresultat för gravida missbrukare och småbarnsmammor, men också att brist på stöd och betoning på repressiva insatser fått negativa konsekvenser (Andersson 1995, Eriksson 1998, Stenerot et al 1996, Trulsson & Nötesjö 2000). Moderskapet har visat sig vara en viktig drivkraft till att söka sig till och fullfölja behandling (Dahlgren & Willander 1991, Laanemets 2002, Trulsson 1999). Inom tvångsvård har skillnaderna mellan män och kvinnor blivit tydliga. För kvinnorna är skapande av en bra relation till barnen och att ta tillbaka ansvaret för sina medmänniskor viktiga mål. De ser ofta tvångsomhändertagandet som en nödhjälp och vill ha individuell samtalsbehandling. Männerna ser däremot vården som ett tvångsingrepp och vill inte ha någon behandling (Kurube 2004).

Erfarenheterna från Ambulatoriet, en uppsökande verksamhet för gravida missbrukare i samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, visar på gynnsamma resultat av att tidigt nå missbrukande kvinnor med stöd och behandling under graviditeten samt fortsatt uppföljande stöd under småbarnstiden. En övervägande majoritet av kvinnorna avbryter sitt bruk av alkohol under graviditeten, men en kvarstående grupp fortsätter ett drickande som innebär risk för fosterskador. (Björkhagen Turesson 2001, Österling 2002). De största städerna i landet har specialistmottagningar för gravida missbrukare, där inriktningen är en drogfri graviditet.

Allsidiga stöd och behandlingsinsatser initieras och eftersträvas, något som under det sista decenniet har försvårats av pga. ekonomiska neddragningar kraftigt minskad tillgång på behandlingsresurser såväl i institutionsvård som öppenvård. Sarman (2000) talar om det ökade opiatmissbruket i landet, problematiken kring vården av gravida opiatmissbrukare och konsekvenserna i form av neonatal abstinens (NAS) för fostret. Han belyser vinsterna med att centralisera vården av gravida missbrukare till speciella enheter, där det finns samlad kunskap om missbrukets sociala och medicinska konsekvenser. Internationell forskning visar att metadonexponerade barn har en hög sårbarhet och deras mentala status påverkas negativt

när omgivningsbetingelserna inte är optimala. Slutsatsen är enligt Sarman, att barnen och vårdaren behöver ökat stöd för att förbättra tidig kommunikation och kognitiv utveckling. Barnen bör också följas upp av specialistläkare med särskild kompetens.

Österling (2004) har gjort en summering rörande förebyggande och behandlande insatser under graviditeten. Hon talar om att nästan alla kvinnor i Sverige har kontakt med mödrahälsovården. Detta innebär goda möjligheter att upptäcka riskkonsumtion av alkohol och drogmissbruk. Vid avancerat alkohol- eller drogmissbruk krävs mer omfattande behandlingsåtgärder med fokus på både mödrahälsovård och missbruksbehandling. Detta leder till gynnsamma effekter för både mor och barn. Fortsatt stöd efter förlossningen, som fokuserar på stöd för barnen och utveckling av föräldrarollen är också betydelsefull. Detta kräver i regel ett multidisciplinärt arbetssätt med engagemang av både MVC, sjukvården, socialtjänsten och barnhälsovården. Behandlingsprogrammets karaktär och anpassning till målgruppens speciella behov ökar kvarstannande i behandling. Svenska erfarenheter visar att ett tvärsektorielt och långsiktigt stöd för gravida missbrukare förebygger återfall och ger barnen en bättre uppväxtmiljö. Österling konstaterar, att det finns vetenskaplig evidens för goda effekter när det gäller interventioner av behandling under graviditeten.

Göransson (2004) har studerat en grupp med knappt hälften av 300 förstföderskor aktuella vid två mödravårdscentraler. Dessa genomgick en särskild screening beträffande sina alkoholvanor före graviditeten och de tre första graviditetsmånaderna. Den andra gruppen kvinnor fick sedvanligt omhändertagande inom mödravården. I screeningen identifierades en grupp 15 procent av kvinnorna, som fortsatt dricka så mycket att det enligt internationellt etablerade riktlinjer kan anses skadligt för fostret. Oroande är enligt Göransson att nästan ingen av dessa kvinnor identifierades av mödravården. Detta har lett till vidareutbildning av barnmorskor i screening av alkoholkonsumtionen enligt AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification) och TLFB Timeline Follow back-intervjuer, vilket ledde till att barnmorskorna kom upp till en godtagbar nivå att med hjälp av screening kartlägga alkoholkonsumtion. Nästan alla kvinnor var villiga att diskutera sin alkoholkonsumtion, vilket Göransson tolkar som att graviditeten är en period i livet då kvinnor är beredda att ändra på sina vanor. Göranssons forskning har bidragit till utveckling av de förebyggande insatserna inom

mödrahälsovården inom ramen för Riskbruksprojektet som lett till utvecklings- och utbildningsinsatser inom hela landet.

14.13 Foster/barn som exponeras för alkohol och droger i samband med graviditeten

Österling (2004) förtydligar bilden av problematiken kring graviditet och missbruk. Hon talar om att kvinnors alkoholkonsumtion har ökat med 19 procent från 1997–2002. Alkoholkonsumtionen är högst bland yngre kvinnor, 20–21 år, men en särskilt oroande förändring har skett på senare år bland kvinnor i åldersgruppen 28–38 år. Denna ålder sammanfaller ofta med kvinnors familjebildning. Foster som alkoholexponeras under graviditeten riskerar att utveckla fetala alkoholskador, fetalt alkoholsyndrom (FAS), alkoholrelaterade störningar av nervsystemets utveckling (ARND) och missbildningar/organskador (ARBD). Amerikanska studier visar en drygt fyrfaldig ökning av riskkonsumtion från början till slutet av 1990-talet. En liknande oroande utveckling har även visat sig i svenska studier av gravida kvinnors alkoholvanor.

Enligt Österling (2004) visar kartläggningen av det tunga narkotikamissbruket (injektionsmissbruk eller annan huvudsakligen daglig användning) i Sverige 1979–1998 en ökning från 17 000 till 26 000 individer. Den genomsnittliga årliga ökningstakten är 2 procent mellan 1979–1992 och 6 procent 1992–1998, motsvarande 800 och 1 900 nya missbrukare/år för respektive tidsperiod. Andelen kvinnor har varit relativt stabil och utgör c:a 25 procent av narkotikamissbrukarna, varav många i fertil ålder. Narkotikaexponering under graviditeten och konsekvenser för fostret/barnet är mindre välstuderat än för alkohol. Djurstudier visar påverkan på fosterhjärnan med åtföljande beteendestörningar. I uppföljningar av barn till 4 ½ års ålder, som drogexponerats under fosterlivet och därefter fosterhemsplacerats i optimala omvårdnadsförhållanden har norska forskare funnit psykomotoriska och mentala störningar. Neonatal abstinens (NAS) kan utvecklas hos barnet efter födelsen. Detta är vanligt vid heroin(opiat)missbruk. Metadon och buprenorfin(subutex)assisterad behandling under graviditeten ger också en hög frekvens av neonatal abstinens, som i många fall kräver läkemedelsbehandling (vanligen morfin). Störningar i mag/tarmkanalen samt de centrala och autonoma nervsystemen och ger bl.a. symptom som kräkningar, diarréer, uppfödningssvårigheter, tremor,

irritabilitet, hyperaktivitet, stört sömnmönster och andnings-svårigheter. Kramper kan uppstå i 2–11 procent av fallen. Dessa barn kräver övervakning och slutenvårdsbehandling på neonatal-avdelning, där abstinensutvecklingen följs regelbundet med specifika bedömningsinstrument. Slutsatserna som Österling drar av studien är att det finns stora vinster att göra genom att centralisera vården av gravida kvinnor med missbruksproblem, där det finns kunskap samlad om missbrukets sociala och medicinska konsekvenser. Enligt Österling utgör metadonbehandlade kvinnor en högriskpopulation jämfört med icke missbrukande gravida kvinnor. Uppföljningsstudier rörande opiatmissbrukares barn pågår vid Familjesociala mottagningen, Huddinge sjukhus i Stockholm och Ambulatoriet i Malmö.

Moe (2002) och Slinning (2003), Moe och Slinning (2007) har genomfört en longitudinell studie av 78 prenatalt substansutsatta barn. Denna grupp jämfördes med en kontrollgrupp 58 barn. De 136 barnen har följts från spädbarnsålder tills de var 4 ½ år. (78 procent av barnen hade neonatal abstinens pga. opiater). Hela urvalet har blivit efterundersökt vid 8–9 års ålder. Studien initierades pga. att forskarna som kliniskt verksamma psykologer mötte ökande problem hos barnen vid Alinekliniken, den klinik som tar emot riskgravida och psykosocialt utsatta kvinnor i Oslo-området. I Norge hade från slutet av 1980-talet till slutet av 1990-talet antalet opiatmissbrukare fördubblats till cirka 12 000. Ytterligare ökning har skett under sista decenniet. Att barnen som föddes med abstinens uppvisade en rad symptom på sensoriska störningar och problem i relation till sina vårdare väckte personalens oro. Vårdarna var i de flesta fall fosterföräldrar, eftersom 80 procent av barnen placeras i fosterhem under sina första år. Arbetet med medicinsk behandling och uppföljning av abstinenserna skedde i nära samarbete med läkarna på barnavdelningen vid Ullevål sjukhus. Studien visar att de substansutsatta barnen hade bestående problem, vilket inverkadde på uppmärksamhet, aktivering, affekter och motoriskt handlingsmönster. Barnens labilitet och frekventa frustration ledde till brister i samspelet, vilket ställde stora krav på mor/vårdare i relation till barnet. Mödrarna fick en tendens att dra sig tillbaka. Foster- och adoptivföräldrar talade om relationsproblem. Pojkar visade sig vara speciellt utsatta beträffande adaptation, socialisation och inlärningsförmåga. De neonatala abstinenssymptomen ledde till överaktivt nervsystem, sömnstörningar, matproblem, irritabilitet. Barnen måste skyddas mot ljus och sinnesintryck. Skillnaderna

mellan dessa barn och barnen i kontrollgruppen var stora. De substansutsatta barnen kan ha svårt att ta emot sensorisk information, integrera, organisera och hantera den och följaktligen utveckla adekvat social respons. Minskad förmåga att hantera sinnesintryck kan resultera i sämre förmåga att modulera upphetsning och spänning, vilket visar sig i en emotionell instabilitet/labilitet, hyperaktivitet, desorganiserat uppträdande och inlärningsproblem. Detta ställer enligt Slinning och Moe krav på större medvetenhet om de pre- och perinatale riskfaktorerna förknippade med perinatal substanspåverkan. De betonar behovet av ökad kunskap i förskolor, skolor, psykiska hälsokliniker, sjukhus, alkohol- och drogbehandlingsprogram.

De kliniska tecken på substansers påverkan på hjärnans strukturer som framkommit (Moe 2002, Slinning 2003, Moe & Slinning 2007) har ytterligare belysts av två neuroradiologiska studier av neonatalt substansutsatta barn. I den första studien (Walhovd, Slinning, Due-Tonnesen, Bjornerud, Dale, van der Kuowe, Qvinn, Kosofsky Greve & Fischl 2007) deltog 15 substansutsatta barn och 15 kontrollbarn. Vid 11 års ålder jämfördes, med hjälp av magnetresonanstomografi (MRT), karaktäristika i hjärnvolum hos barnen som prenatalt utsatts för opiater och andra substanser med barnen i kontrollgruppen. Inga tidigare MRT-studier av dessa grupper av barn har genomförts. I denna studie framkom en generellt mindre hjärnvolum hos de substansutsatta barnen. Speciellt områdena pallidum och putamen var reducerade i riskgruppen (reducerad hjärnvolum och skador i dessa områden har associerats med uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet i andra grupper). Man fann också att större problem med uppmärksamhet och socialt fungerande i gruppen kunde förknippas med mindre tjocklek på hjärnbarken i ett speciellt område (höger laterala orbitofrontala cortex).

I den andra studien (Walhovd et al 2010) jämförde forskarna en grupp av 14 prenatalt substansutsatta 11-åringar med en lika stor kontrollgrupp 10-åringar. Med hjälp av s.k. DTI- (diffusion tensor imaging) teknik fann man skillnader i graden av myelinisering av nervfibrerna (hjärnans s.k. vita substans) mellan de substansutsatta barnen och kontrollgruppen. Det finns enligt forskarna en rad andra variabler som kan spela in förutom substans exponeringen men fynden kan tyda på att denna kan ha påverkat isoleringen av nervförbindelserna i hjärnan, vilket bland annat kan innebära att

barnen behöver mer tid att ta in och bearbeta information än barnen i kontrollgruppen.

Förekomst och grad av neonatal abstinens (NAS) i samband med underhållsbehandling av gravida opiatmissbrukande kvinnor har studerats av Bakstad, Sarfi, Welle-Strand & Ravndal (2009). I studien undersökte man huruvida moderns metadon/bruprenorfin-dos och nikotinbruk under graviditeten påverkar förekomst och varaktighet avseende neonatal abstinens hos barnen. I en nationell prospektiv studie intervjuades 38 kvinnor under sista trimestern och 3 månader efter förlossningen. Neonatal abstinens (NAS) i behov av behandling inträffade för 58 procent av de metadon-exponerade och 67 procent av de buprenorfin-exponerade barnen. Det fanns inga signifikanta samband mellan moderns dos av metadon och buprenorfin och NAS-behandling för barnet. Däremot korrelerade antalet konsumerade cigaretter med varaktigheten i NAS-behandlingen. (Enligt Ravndal visar preliminära, ännu inte analyserade, data efter 2 och 4 år, att barnen har större problem att koordinera olika kroppsdelar än barnen i kontrollgruppen och att mödrarna har sämre förmåga att tolka barnens signaler och mindre sensitivitet än mödrarna i kontrollgruppen. Mödrarna i metadon-gruppen är mer deprimerade än övriga mödrar).

Kakko, Heilig och Sarman (2008) har jämfört effekterna av fetal exponering för buprenorfin och metadon vid underhållsbehandling av gravida heroinister. Studien omfattade samtliga 39 gravida kvinnor med opiatberoende och buprenorfinunderhållsbehandling i Stockholms kommun, som ingick åren 2001–2006. Neonatalt abstinenssyndrom (NAS), i de flesta fall av mild karaktär, inträffade i 40 procent av de buprenorfinexponerade fallen. Gruppen jämfördes med 35 barn födda vid samma sjukhus efter intrauterin metadonexponering. Där resulterade 77 procent av fallen i NAS av vilka 52 procent av barnen behövde abstinensbehandling. Fördelarna med buprenorfinunderhållsbehandling var, att födelsevikterna var högre till följd av längre graviditet. Incidensen av NAS, som krävde farmakologisk behandling, var lägre och slutenvårdstiden var kortare. Denna icke randomiserade jämförelse talar enligt forskarna för att buprenorfin kan innebära fördelar vid behandling av gravida heroinister som inte uppnått stabilitet utan underhållsbehandling.

Behovet av ytterligare forskning blir tydligt, eftersom ovanstående studier av underhållsbehandling i samband med opiatmissbruk visar olika utfall.

14.14 Avslutande reflexion

Sedan mitten av 1980 talet har i Sverige kvinnors utsatta situation i terapeutiska samhällen för män och kvinnor uppmärksammats (Björling 1986, Segraeus 2005). Detta har lett till att det under de sista decennierna vuxit fram en rad olika enkönade behandlingar för kvinnor främst olika typer av frivillig institutionsbehandling med miljöterapeutisk inriktning, Minnesotabehandling och religiöst inriktad behandling. De olika behandlingsformerna har varit föremål för flera studier (t ex Fridell 2002, Hilte 2002, Hedin 2003, Holmberg 2000, Laanemets 2002, Trulsson 2000, 2003b). Motsvarande enkönad behandling för män saknas i stort sett. Det gäller också studier om mäns specifika behov i samband med missbruksbehandling.

Det finns bara en svensk studie som genom djupintervjuer specifikt studerat faderskapets betydelse för missbrukande och socialt utsatta män. Bangura Arvidsson (2003) beskriver de missbrukande papporna som "Ifrågasatta fäder". Åtskilliga pappor vill vara delaktiga fäder, men betraktas av sociala myndigheter enbart som missbrukare, trots att de anser sig kapabla och viktiga i barnens liv. I fokus för socialtjänsten är de missbrukande mammorna både beträffande olika insatser och när det gäller ansvaret för barnen.

Inom tvångsvården har huvudmannen Statens Institutionsstyrelse satsat på kunskaps- och verksamhets utveckling. Forskning utifrån ett genusperspektiv beskrivs av Segraeus (2005). Ett dokumentationssystem har utvecklats såväl för ungdomsvården ADAD och för vuxenvården DOK, där alla data redovisas utifrån kön. För närvarande pågår en kartläggning av gravida missbrukare inom SiS (Se T. Reitan SiS). Jansson och Fridell (2003) har studerat problematik och behandlingsinsatser i samband med vården av kvinnor och unga flickor vid tvångsinstitutionen Lunden. SiS har sedan starten 1994 haft inriktningen att all tvångsbehandling för vuxna män och kvinnor ska vara enkönad. All vård av ungdomar ska också förläggas till enkönade avdelningar.

Att förhållandevis lite uppmärksamhet har ägnats åt forskning som studerar könsskillnader mellan missbrukande män och kvinnor avseende drogsituation och insatser har belysts av Trulsson och Hedin (2005). Det riskerar leda till att missbruksvård och forskning styrs utifrån en hegemonisk maskulinitet och att den

sociala barnvården och forskningen om barn och unga tenderar att ha sin utgångspunkt i moderskap och en hegemonisk femininitet.

Bland missbrukande, socialt utsatta ungdomar och vuxna är flickor/kvinnor i minoritet. Studier om prevention och behandling, som inte beaktar könsaspekter, tenderar därför att ha sin grund i kunskap om en majoritet av pojkar/män och speglar därför en hegemonisk maskulinitet. Detta gör att flickor/kvinnor och män som inte passar in i traditionellt manliga missbruksmönster tenderar att förbises. Exempel på detta framgår i kunskapsöversikter, dels om social ungdomsvård som främst grundar sig på studier av ungdomar utan att specificera pojkar och flickor (Andreassen 2003), och dels om behandling av vuxna missbrukare SBU – Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – en evidensbaserad kunskapssammanställning (Statens beredning för medicinsk Utvärdering 2001). Den senare rapporten belyser missbruksbehandling utan att närmare lyfta fram mäns och kvinnors specifika behov. Enligt Helmersson-Bergmark (2001) innehåller flertalet studier, som granskats och där könsstrukturen redovisas, enbart män eller en mycket stor majoritet män i respondentgrupperna. Den slutsats hon drar är att kvinnor fortfarande utgör en minoritet i missbrukskollektiven. Behandlingssystemen är följaktligen uppbyggda för mäns behov. Kvinnor förefaller mindre intressanta för utvärderarna. Hur kvinnors missbruk ser ut och vad som utgör de bästa insatserna för missbrukande kvinnor tenderar att förbises. Fridell (2002) lyfter också fram denna problematik i anslutning till sin medverkan i SBU-rapporten. Han konstaterar vid en genomgång av cirka 130 artiklar med randomiserade och kontrollerade studier av behandling för narkotikamissbruk gjorde mycket få ens post hoc-jämförelser av könsskillnader. Följaktligen kan man se risk för ogynnsamma konsekvenser, om samhällets insatser inom missbruks- och beroendevården tenderar att grunda sig främst på evidensbaserade kunskapssammanställningar beträffande större populationer utan könsperspektiv, samtidigt som kvalitativ forskning och forskning som beaktar könsperspektivet kommer i skymundan.

I ett samhälle i förändring skulle fördjupad kunskap utifrån ett könsperspektiv på manligt och kvinnligt missbruk kunna gynna och nyansera utvecklingen av förebyggande och behandlande insatser. Insatserna skulle bli mer individuellt anpassade, men också inkludera individen och omgivningen. Ett familjeperspektiv, inkluderande män och kvinnors missbruksproblematik och de utsatta

barnens behov behöver vidareutvecklas. Sett i det perspektivet är långsiktiga förebyggande och behandlande insatser för gravida missbrukare och småbarnsföräldrar och deras barn av stor betydelse. Barnen och vårdaren behöver ökat stöd för att förbättra tidig kommunikation och barnets kognitiva utveckling. Barnen bör också följas upp av specialistläkare med särskild kompetens. Det visar de studier som här presenterats rörande foster/barn som exponerats för alkohol och droger i samband med graviditeten.

14.15 Sammanfattning

Detta är en sammanställning av forskningsläget när det gäller kvinnors missbruk och behandling samt deras barns utsatta situation. Studier om kvinnors missbruk och behandling har ökat under de senaste två decennierna. I dag vet man att kvinnor under sin livstid har lägre sannolikhet att få vård och behandling för sitt missbruk än män. De har flera barriärer att övervinna, brist på insatser för gravida, rädsla för omhändertagande av barnet och brist på barnomsorg i anknytning till vården och sist men inte minst rädslan för stigmatisering, som gör att kvinnan försöker dölja sitt missbruk och drar sig för att söka vård.

Trots att kvinnors alkohol- och drogvanor genomgått en stor förändring de sista decennierna lever traditionella könsmonster kvar, vilka bidrar till skuld och skam hos kvinnor med alkohol- och drogberoende. Kön i sig är inte relaterat till behandlingsutfall, men flera av de faktorer som är relaterade till utfall finns i högre grad hos hjälpsökande kvinnor. Det är därför viktigt att studera olika subgrupper av kvinnliga missbrukare och deras behov i både i öppen- och institutionsvård. Målgruppen innefattar kvinnor i olika livssituation från socialt integrerade alkoholberoende kvinnor till socialt utsatta alkohol- och narkotikamissbrukande kvinnor. Forskningen visar ex vis att psykiska problem och psykiska störningar är vanliga bland kvinnliga missbrukare. De mest utsatta kvinnornas sociala situation är ofta sämre än männens och de är ofta mer fysiskt nedgångna när de söker vård. Dessa faktorer är förknippade med sämre utfall. Behandlingsprogrammen innehåller ofta inte de insatser som kvinnor har särskilda behov av, som till exempel individuella samtal både för socialt stöd och för att bearbeta trauman och känslor av skuld och skam, att utveckla kvinnogemenskap i grupp samt stöd i föräldrarollen och i relation

till barnet. Behovet av långsiktighet och kontinuitet i behandlingen behöver också uppmärksammas. Speciellt bristfällig är kunskapen om missbrukande flickors och unga kvinnors problematik och behov i behandling.

Det framgår att det klart behövs ett familjeperspektiv på missbruksvård. Som det är i dag handlar missbruksforskning mest om vuxna missbrukande män och forskning om socialvård av barn och ungdom behandlar ofta inte föräldrarnas problematik. Barnens problem är ofta dolda för omgivningen under lång tid. Missbruk är tabubelagt. Föräldrar riskerar vårdnaden om det framkommer att det finns grava missbruksproblem i familjen. Graviditeten är en nyckelsituation för kvinnor med avancerat missbruk av alkohol och droger. De flesta kvinnor avbryter eller minskar sitt missbruk när de är gravida, men återupptar det några månader efter födelsen om de inte får fortsatt stöd och hjälp. Fortsatt stöd för utveckling av föräldrarollen och till barnen är viktig. Det kräver ett multidisciplinärt arbetssätt med engagemang av både socialtjänst och hälsovård. Behandlingsprogrammen måste vara anpassade till målgruppens behov.

Det finns tidigare belyst vilka konsekvenser som alkoholmissbruk kan få för barns utveckling. Narkotikaexponering under graviditet och konsekvenser det får för fostret/barnet är mindre studerat. Nu finns studier som visar på att Neonatal abstinens (NAS) kan utvecklas hos barnet efter födseln. Detta är vanligt vid heroin (opiat) missbruk. Metadon och buprenorfin under graviditeten ger också hög frekvens av Neonatal abstinens (NAS) som ofta kräver läkemedelsbehandling. Även mer långsiktiga skadeverkningar har observerats. En norsk studie med uppföljning av barn vid 4 ½ års ålder som exponerats för narkotika som foster visar, att substansutsatta barn har bestående problem, vilka inverkar på uppmärksamhet, aktivering, affekter och motorik. Barnens labilitet och frustration ledde till brister i samspel mellan mor och barn. Majoriteten av barnen hade fosterhemsplacerats. Vid 11 års ålder jämfördes 15 substansutsatta barn med 15 kontrollbarn. Resultaten visade en generellt mindre hjärnvolym hos de substansutsatta barnen. Dessa fynd och tidigare kunskap om alkoholens skadeverkningar visar på behovet av att tidigt upptäcka och stödja gravida kvinnor med riskbruk och missbruk av alkohol och narkotika. Långsiktiga förebyggande och behandlande insatser för gravida missbrukare och småbarnsföräldrar och deras barn är av stor betydelse.

Referenser

- Alm C., Berman A.H., Kristiansson M., Lindqvist P., Palmstierna T. & Hellner Gumpert C. (2010). "Gender differences in reoffending among psychiatrically examined Swedish offenders", *Criminal Behaviour and Mental Health*. – In press.
- Andersson, G. (1995) *Barn i samhällsvård*, Studentlitteratur, Lund.
- Andersson, G. (2002) "Fosterbarn ur ett könsperspektiv, Nordisk Socialt Arbeid. Tema barnavård. Nr. 1, s. 35–41.
- Andersson, G. (2008) "Foster children – a longitudinal study of placements and family relationships." *International Journal of Social Welfare* DOI: 10.1111/j. 1468–2397.2008.00570.
- Andersson, G., Bangura Arvidsson, M., Rasmusson, B. & Trulsson, K. (2006) "Missbrukande föräldrar, utsatta barn och socialt arbete", *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*. Nr. 1, s. 45–56.
- Andersson, C. (1993) *The Children of Maria*. Acta Universitatis Upsaliensis: Göteborg.
- Andersson, C. (1996) "Om struliga flickor och bemötande" I Armelius m.fl. (red.) *Vård av unga med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: SiS/Liber Utbildning.
- Andreassen, T. (2003) *Institutionsbehandling av ungdomar – vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.
- Ashley, O.S. Marsden, M.E. & Brady, T.M. (2003). "Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Nr. 29, s. 19–53.
- Bakstad, B., Sarfi, M., Welle-Strand, G.K. & Ravndal, E. (2009) "Opioid Maintenance Treatment during Pregnancy: Occurrence and Severity of Neonatal Abstinence Syndrome". *European Addiction Research*. Nr. 15, s. 128–134.
- Bangura Arvidsson, M. (2003) *Ifrågasatta fäder – Olika bilder av fäder till socialt utsatta barn*. Lund: Lund Dissertations in Social Work, nr 13.
- Bergmark, A., Björling, B., Grönbladh, L. Oscarsson, L. & Segraeus, V. (1989) *Klienter i institutionell narkomanvård*. Uppsala: Uppsala Universitet, Pedagogiska Institutionen.
- Bjerrum-Nielsen, H. & Rudberg, M. (1991) "Jenters vej till rusmiddel, ett socialiseringsperspektiv", *Kön, rus och diciplin*,

- Nordiska nämnden för alkohol och drogforskning, NAD publikation nr. 20.
- Björkhagen Turesson A. (2001) *De första fem åren*. FoU Skåne. Skriftserie 2001:3.
- Björling, B. (1986) "Att synliggöra kvinnor" Kvinnor alkohol och behandling. Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning, *NAD publikation nr. 13*.
- Blomqvist, J. (2002) *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. Stockholms Stad. FoU-rapport, nr 2.
- Byqvist, S. (1997). *Svenska narkotikamissbrukande kvinnor och män – missbruksförlopp och kriminalitet*. Stockholms Universitet. Socialhögskolan. Rapport i socialt arbete nr 84 – 1997.
- Dahlgren, L. (1984) "How did the women in the early treatment of alcoholic women project fare? Report two years later". *Läkartidningen* 81: 4527-31.
- Dahlgren, L. & Willander, A. (1991) "Vilka kvinnor söker hjälp för alkoholproblem, och vilka går det bra för?", *Läkartidningen*, vol. 88, 632–635.
- Dahlgren, L. (1992). "Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare", *Socialmedicinsk Tidskrift*, nr. 8, 1992, 390–394.
- De Wilde, J. (2005). *Gender-specific profile of substance abusing women in therapeutic communities in Europe*. Ortopedagogische Reeks Gent. Nummer 24. Ak. avhandling.
- De Wilde, J. & Trulsson, K. (2006). "Women in European Therapeutic Communities: Conclusions of the BIOMED Project", *International Journal of Therapeutic Communities*. Nr. 1. s. 125–149.
- Duckert, F. Lossius, K. Ravndal, E. & Sandvik, B. *Kvinner og Alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksson, E. (1998) *Nu är jag mamma...* Stockholm: Familjesociala mottagningen, Huddinge sjukhus.
- Fridell, M. (2002) Kvinnor med narkotikaberoende – före, under och efter behandling i Leissner & Hedin (red.): *Könsperspektiv på missbruk* Stockholm: Bjurner och Bruno.
- Fridell, M., Billsten, J., Jansson, I. & Amylon, R. (2009) *Femårsuppföljning av kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM-hem*. SiS följer upp och utvecklar, nr 1.

- Greenfield, S., et al (2007) Substance abuse treatment entry, retention and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol dependence*.86 s. 1–21.
- Göransson, M. (2004) *Alcohol Consumption during pregnancy – How do we separate myth from reality*. Stockholm University, Neurotec Dep. Division of Psychiatry. (Ak avhandling).
- Hansen, F., Meen Lorvik, I., Mortensen, O., Huseby, T. & Linderot S. (1994) *Barn i familjer med missbruksproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Haver, B. & Dahlgren, L. (1995) "Early treatment of women with alcohol addiction (EWA): a comprehensive evaluation and outcome study. I. Patterns of psychiatric comorbidity at intake. *Addiction*: 90, s. 101–109.
- Haver, B. Gjestad, R., Lindberg, S. & Franck J. (2009) "Mortality risk up to 25 years after initiation of treatment among 420 Swedish women with alcohol addiction. *Addiction* :104, s. 413–419.
- Hedin UC (2003): *Se ... jag är värd något. En utvärdering av Sofia behandlingshem i Malmö*. Stockholm: Kvinnoforumgruppen.
- Helmersson Bergmark, K. (2001) "Alkoholforskning om kvinnor – från marginalitet till möjlighet", CAN 100 år. *Alkohol & Narkotika*. Nr 6.
- Hilte (2002) "Den missbrukande kvinnan, Om självregleringstekniker och subjektformer inom missbrukarvården. Leissner, T. & Hedin, U-C (red.). *Könsperspektiv på missbruk*: Bjurner och Bruno AB, Stockholm.
- Hirdman, Y. (1988) "Genussystemet – Reflektioner kring kvinnors sociala underordning". *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, nr 3, 49–63.
- Hirdman, Y. (2001) *Genus – om det stabila föränderliga former*. Malmö: Liber AB.
- Holmberg (2000) *Aspekter av kvinnosynen i missbruksbehandling – Empiriska exempel och teoretiska funderingar*. Sköndalsinstitutets Arbetsrapportserie. Nr. 14.
- Hoverak, O. & Bye, E. *Det norske drikkemonstret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004*. SIRUS-rapport 2/2007: Oslo
- Jansson, I. & Fridell, M. (2003) *LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden. Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor: SiS följer upp och utvecklar*. Nr. 1.

- Jansson, I (2010) *Femårsuppföljning av tvångsvårdade kvinnor – Inverkan på det psykiska utfallet*. Akademisk avhandling. Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.
- Kakko J., Heilig, M. & Sarman, I. (2008) "Buprenorphine and methadone treatment of opiate dependence during pregnancy: Comparison of fetal growth and neonatal outcomes in two consecutive case series". *Drug and Alcohol Dependence*. s. 69–78.
- Kurube, N. (2004) *Det förlorade livet eller livet som oändlig kamp*. Statens Institutionsstyrelse. Forskningsrapport nr. 2.
- Laanemets, L. (2002) *Skapande av femininitet, om kvinnor i missbrukarbehandling*. Lund Dissertations in Social Work. Nr 8.
- Moe, V. (2002) *A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to drugs. Prediction and developmental outcome at 4 years*. Dr.grads avhandling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Nelson-Zlupko, L., Dore, M.M., Kauffman, E., Kalltenbach, K., (1996) Women in recovery: their perception of treatment effectiveness. *J Substance Abuse Treatment* 13, 51–59.
- Olofsson, M. (1991). Gravide misbrugere og deres born I: Kön, Rus och Dicipin – en nordisk antologi, *NAD-publikation nr. 20*.
- Ramström: J. (1983) *Narkomani*. Tiden Folksam, Stockholm.
- Ravndal, E. (1994) *Drug abuse, Psychopathology and Treatment in a Hierarchical Therapeutic Community, A Prospective Study*. Department of Behavioural Sciences in Medicine, University of Oslo.
- Sarman, I. (1991) "Metadonbehandling under graviditet och dess effekter på barnet": *Läkartidningen*, vol. 97, nr 18, 2000.
- SBU (Statens Beredning för medicinsk utvärdering) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsöversikt*. Rapport nr 156, 2001.
- SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – En kunskapsöversikt*. Statens beredning för utvärdering av Medicinsk vård. Stockholm.
- Scheffel Birath (2010) *Women with Alcohol Problems Seeking Treatment – Underlying individual and psychosocial characteristics*. Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm. (Ak avhandling).

- Segraeus, V. (2005) "Terapeutiskt samhälle – Kvinnobehandling på männens villkor". *Kön, behandling och kunskap*. (Hilte, M. red.) Studentlitteratur: Lund.
- Sjöblom, Y. (2002) *På väg ut: när ungdomar rymmer och kastas ut hemifrån – ur socialtjänstens perspektiv*. Rapport i socialt arbete 103. Stockholm: Stockholms Universitet. (Ak. avhandling).
- Slinning, k. (2003) *A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to substances: With special emphasis on attention and self-regulation*. Dr.grads avhandling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Slinning, K. & Moe, V. (2007) *Forskning i klinikk – Langtidsoppfølging av spedbarn som har vært eksponert for rusmidler i fosterlivet*. Aline spedbarnsenter 107 – 2007.
- Socialstyrelsen (2004) *Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007) *Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem – Avrapportering av regeringsuppdrag*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1994:28 *Kvinnor och Alkohol, delbetänkande av Alkoholpolitiska Kommissionen*. Socialdepartementet: Stockholm.
- SOU 1994:29: *Barn, föräldrar, alkohol, delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen*. Socialdepartementet: Stockholm.
- Spak, F. (1999). "Mäns alkoholproblem – vad kan vi lära från studier av kvinnor och alkohol?" *Nordisk Alkohol & narkotikatidskrift*. Nr. 3.
- Spak, L. (2001) *Women and alcohol: Early background factors and aspects of comorbidity*. Avdelningen för socialmedicin, institutionen för samhällsmedicin. Göteborgs Universitet (Ak avhandling).
- Steneroth, G. Eriksson, M. Jonsson, L. Billing & Zetterström, R. (1996) "Support to drug-addicted parents: a help to the children?" *Scandinavian Journal Soc. Med.* Vol. 24, nr.3.
- Sun, A.- P. (2006). "Program factors related to women's substance abuse treatment retention and other outcomes: A review and critique." *Journal of Substance Abuse Treatment*. Nr. 30, s. 1–20.
- Svensson J. & Svensson B. (2005) *Speed – om ungdomars erfarenheter av narkotika utomlands*. Mobilisering mot narkotika. Rapport nr. 7.

- Trulsson, K. (1998). "Det är i alla fall mitt barn" – En studie om att vara missbrukare och mamma. Oskarshamn: Carlssons Bokförlag.
- Trulsson, K. (1999) "Motherhood and drug abuse" *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift Vol. 16. 1999 (6)*.
- Trulsson, K. (2000) "The identity of women and treatment of drug abuse". *Socialvetenskaplig Tidskrift nr. 1–2 2000, 120–136*.
- Trulsson, K. & Nötesjö, G. (2000). *Semillan ett frö i god jord – Om öppenvård för gravida missbrukare och småbarnsfamiljer*. Stockholm Qlara Management AB.
- Trulsson, K. (2003 a) "Masculine and feminine in a melting pot – A gendered perspective on substance abuse" *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift Vol. 20. 2003, s. 5–19*.
- Trulsson, K. (2003 b) *Konturer av ett kvinnligt fält – Om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Lund: Lund Dissertations in Social Work, nr 12.
- Trulsson, K. & Hedin, U-C. (2005). Gender Differences". Statens Folkhälsoinstitut. *2005 National report (2004 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point – Sweden – New Development, Trends and indepth information on selected issues, s. 46–88*.
- Trulsson, K. (2008) *Det slutna tjejrummet – Missbrukande flickor i tvångsvård*. SiS följer upp och utvecklar. Nr. 1.
- Tuchman, E. (2010) Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *Journal of Addictive Diseases, 29:2, 127–138*.
- Walhovd, K., Moe, V., Slinning, K. Due-Tonnesen, P., Bjornerud, A., Dale, A.M. van der Kuowe, A., Quinn; B.T. Kosofsky, B., Greve, D. & Fischl, B. (2007) "Volumetric cerebral characteristics of children exposed to opiates and other substances in utero". *NeuroImage, 36, s. 1331–1344*.
- Walhovd, K., Westlye, L.T., Moe, V., Slinning, K. Due-Tonnesen, P., Bjornerud, A., van der Kuowe, A., Dale, A.M. & Fjell, A.M. "White Matter Characteristics and Cognition in Prenatally Opiate- and Polysubstance-Exposed Children: A Diffusion Tensor Imaging Study". *AJNR Am J Neuroradiol 31: May 2010*.
- Öjehagen, A (1994) "Kvinnor och alkoholmissbruk" – *Behandling av alkoholproblem – En kunskapsöversikt*, Liber Utbildning, Stockholm.

- Österling, A. (2002) "Gravid och missbrukare". I Leissner & Hedin (red): *Könsperspektiv på missbruk*: Bjurner och Bruno AB, Stockholm.
- Österling, A. (2004) "Gravida missbrukare – en översikt. Upptäckt och behandling": *RAM-läsa – Linköpingskonferensen 6–8 oktober 2004*, s. 17–20.

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.

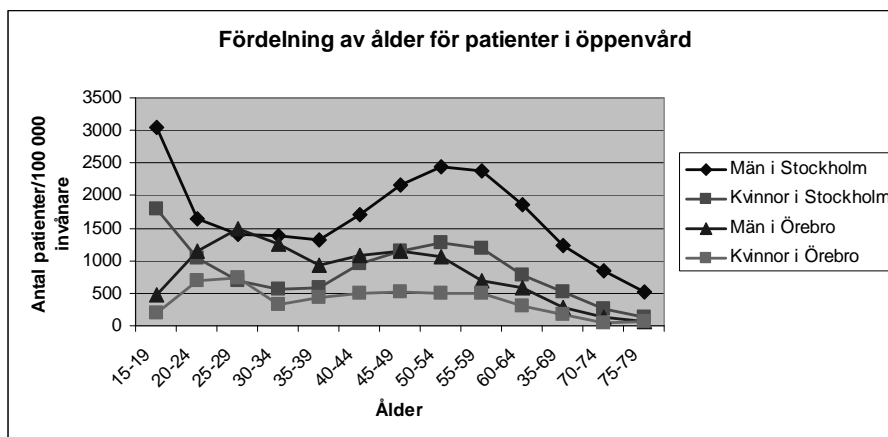
I Stockholms län uppgick befolkningen den 31/12 2009 till 1 999 182 personer varav 977 732 män och 1 021 450 kvinnor och i Örebro län uppgick befolkningen den 31/12 2009 till totalt 278 882 personer, varav 138 125 män och 140 757 kvinnor.

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).

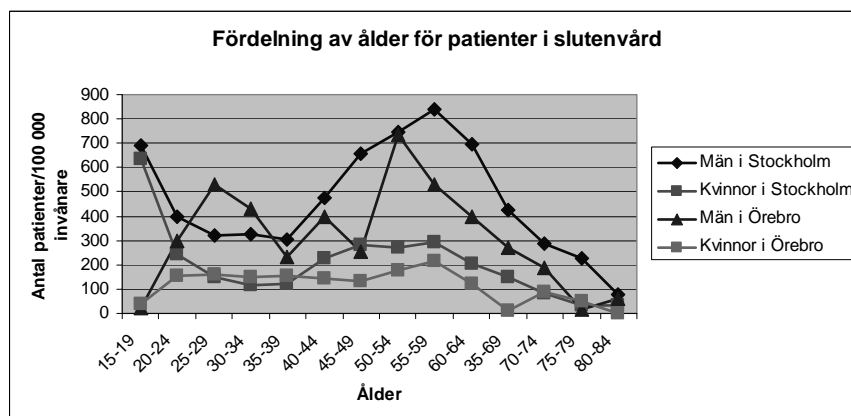
Antalet kvinnliga patienter varierade starkt från kommun till kommun. I Stockholms län hade exempelvis Nykvarn endast 19 medan Stockholm stad uppvisade hela 3 354, i kommuner som Sollentuna och Huddinge fanns 189 respektive 351 kvinnliga patienter i öppenvård. I Örebro län hade de små kommunerna enstaka 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 (Armelius & Armelius, 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 änklingar 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 (Armelius & Armelius, 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 kvinnspecifik 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 vårdsnaden om sina barn. Detta framkommer i ett antal sammanställningar (Armeliu s & Armeliu s, 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 Självhjälsgrupper

Två större rörelser för självhjälsgrupper 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 alltmer 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 invandras 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 narkotika-problem bland asylsökande i Nederländerna delar in alkohol- och drogmönster i fyra typer av droggkulturer: (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 droggkonsumtion (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 droggmissbruk 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. Utjämnningen av konsumtionsnivåerna emellan har även inneburit en utjämnning 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 drog-utvecklingen 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 Folkhälsoinstitutets 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 socialt 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 invandras 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 skraddarsydda 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) Psycholgy. 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 accepterande 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 (preventiv 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. Beroendekuten 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)	30	12	11	20	13	5
Kluster B (utagerande)	33	34	29	25	52	49
Kluster C (neurotiska)	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 psykiatri 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 problemlnivå. 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 mentalthälsovård:

- 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 samtidiga 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 problemnivå 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 sjuk-skrivningar 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 självhjälsgrupp 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 översiktsstudien (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 psykiatrin 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 problemnivå 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 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.

Deltaende 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 intervjua. 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.

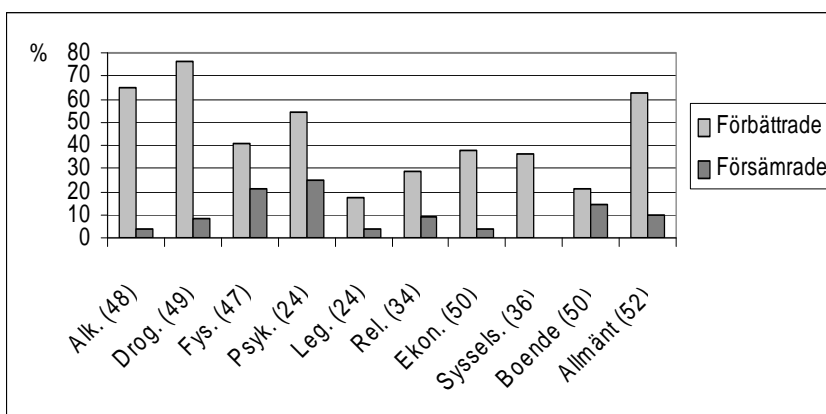
18.8.1 Summering

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) symptomstegring 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 & Skårner 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 *riskanalys 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.

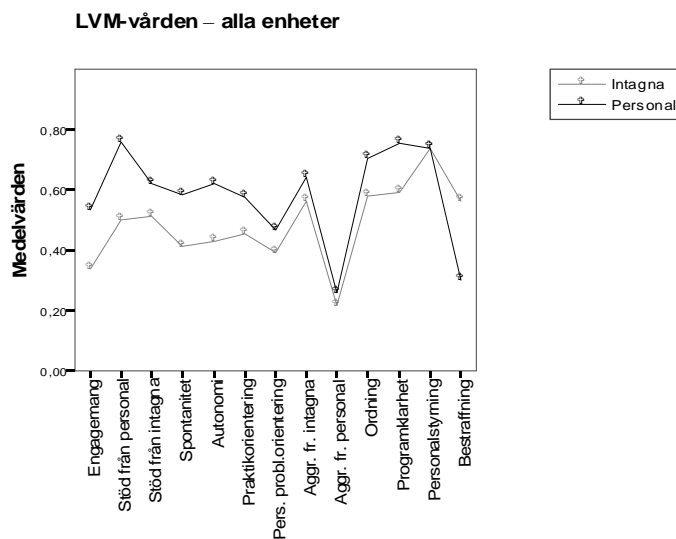
En första fråga att undersöka var om COPES som utarbetats för frivilliga sociala vårdmiljöer också fungerade som instrument inom tvångsvård, som till stor del består av låsta avdelningar. Ett antal frågor antogs inte kunna fungera och instrumentet faktoranalyserades för att pröva om frågorna kunde användas 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).

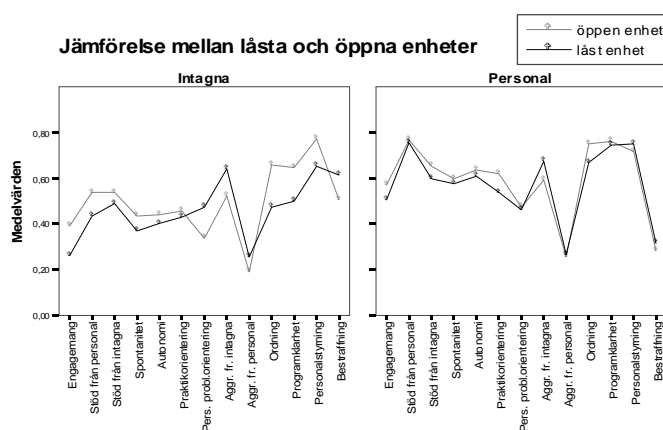
LVM-intagna tycks ge låga skattningar av klimatskalorna engagemang och spontanitet och för behandlingsskalorna autonomi,

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 underkastas 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 Cronicus*. 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 samhällligt 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 slutna och öppna 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 rör 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 produktionsbortfall 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

Kvinna 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 bedömer 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 öppenvård 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 Lönestrukturstatistik, 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/beloppprocent/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]