



# Missbruks- och beroendevård

Behovsanalys 2014



**Missbruks- och beroendevård del 2** - Behovsanalys inklusive resultat från  
Brukardialogberedning 5

Oktober 2014

Redaktör och kontaktperson för rapporten:  
Christoffer Martinelle,  
[christoffer.martinelle@lio.se](mailto:christoffer.martinelle@lio.se)  
Hälso- och sjukvårdsstrateg, Landstingets ledningsstab  
Landstinget i Östergötland

**Brukardialogberedning 5**

Berit Lehnér. Ordförande  
Draginja Femic, vice ordförande  
Carola Andersson  
Eva Cox  
Karl Axel Molinder Pettersson  
Christina Ortega  
Birgit Pohjanen

**Projektledare Från kunskap till praktik**

Thomas Albrecht, Linköpings kommun  
Therese Johansson, Motala kommun

# Förord

## **Tack!**

Brukardialogberedning 5 vill rikta ett varmt tack till alla som på ett förtroligt sätt har delgivit oss erfarenheter, upplevelser och tankar. Stort tack också till sakkunniga och verksamheter från landsting och kommuner samt ideella organisationer som gett oss värdefulla kunskaper samt hjälp att komma i kontakt med intervjupersoner.

Tack vare stort stöd och engagemang från kommunernas processledare och övriga representanter från länets kommuner har denna rapport kunnat genomföras i samverkan. Ett särskilt tack till er!

# Innehållsförteckning

## Innehåll

Förord .....	3
Innehållsförteckning .....	4
Sammanfattning och slutsatser .....	5
Sammanfattning .....	5
Slutsatser .....	6
Bakgrund .....	8
Syfte och avgränsningar .....	9
GAP-analys – genomförande och metod .....	10
Brukar- och anhörigperspektivet – genomförande och metod .....	10
Resultat och analys .....	12
Missbruk och beroende .....	12
Att ha en beroendesjukdom – erfarenheter från brukardialogberedningens arbete.....	15
Att vara anhörig eller närstående till en person med beroendesjukdom – erfarenheter från brukardialogberedningens arbete .....	17
Analys.....	20
Förväntningar och behov – brukar- och anhörigperspektivet .....	21
GAP-analys .....	23
Övriga frågeställningar .....	38
Referenser.....	40
Bilaga 1 – Behovsanalys del 1, sammanfattning.....	41

# Sammanfattning och slutsatser

## Sammanfattning

Socialstyrelsen reviderar de nationella riktlinjerna på området missbruks- och beroendevård och under 2014 har en preliminär version släppts. En analys av förutsättningarna i Östergötland i förhållande till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna har gjorts gemensamt mellan landstinget och kommunerna. Brukares och anhörigas/närståendes perspektiv har tillförts genom brukardialogberedning 5:s arbete.

Från brukardialogberedningens resultat framgår att det är en heterogen behovsgrupp där det inte går att förutsäga vem som utvecklar ett beroende. Blandmissbruk, det vill säga missbruk av flera olika droger samtidigt, är vanligt. Även samsjuklighet, det vill säga samtidig psykisk sjukdom och beroendesjukdom, har varit vanligt och för dessa personer har i regel beroendet uppkommit genom självmedicinering. Att ta sig ur ett beroende tar generellt lång tid och behandlingen ställer krav på den egna patientens ansvar och motivation.

Patienter och anhöriga som intervjuats har upplevt skillnader i länet som följd av olika organisering, dels i samverkan mellan huvudmän men också utifrån att organiseringen för landstingets verksamheter skiljer sig mellan länsdelarna.

Samverkan är en central fråga. Samverkan syftar inte endast till att olika huvudmän samarbetar, utan är även viktig intern, det vill säga inom landstinget eller inom kommunernas olika verksamheter. Även samverkan mellan olika kommuner är en relevant fråga.

Personer med samsjuklighet bör enligt Socialstyrelsens rekommendationer erbjudas samtidiga insatser för båda tillstånden. För att säkerställa detta behöver landstingets beroendevård och psykiatri samordna sina insatser för behovsgruppen. Socialstyrelsen rekommenderar integrerade insatser mellan psykiatri och beroendevård för detta. Dock anger inte Socialstyrelsen någon definition på integrerade insatser men exemplifierar med team bestående av professioner från olika verksamheter och samordning mellan olika verksamheter, så kallat case management.

Insatser från kommuner och landsting bör samordnas på ett sätt som gör att personen själv inte ska behöva tänka på vem som är huvudman. Personer med beroendeproblematik har ofta komplexa behov som kan omfatta både medicinsk och psykosocial behandling samt socialt stöd. För att överenskommelser mellan kommuner och landsting ska vara effektiva behöver även psykiatri involveras. Överlappande bedömningar mellan olika verksamheter och huvudmän behövs, det räcker inte att utgå från det egna ansvarsområdet. Från brukarperspektivet betonas vikten av samordning och att få information om vilka insatser olika verksamheter erbjuder. Även ideella organisationers insatser beskrivs som viktiga att få information om.

Anhöriga och närstående till personer med beroendeproblem har ofta en psykiskt påfrestande situation som kan leda till medberoende och egen psykisk ohälsa. Anhöriga och närstående behöver involveras i behandlingen av den beroende personen genom att göras delaktiga och få information. Den anhörige eller närståendes egna behov av stöd och eventuell egen behandling behöver också uppmärksammas. Barn som är anhöriga behöver särskilt uppmärksammas.

Intervjuade brukare upplever att kunskapsnivån inom hälso- och sjukvården om vad ett läkemedelsberoende och abstinens vid nedtrappning innebär är bristfällig. I Östergötland har patienterna olika förutsättningar att ta del av behandling för nedtrappning av beroendeframkallande läkemedel. Detta som en följd av olika organisation i länet.

Ansvarsfördelningen behöver förtydligas i vårdprogram och vårdprocessprogram. Det behövs också en generell kunskapsökning inom detta område. För att uppfylla rekommendationerna för behandling vid nedtrappning av beroendeframkallande läkemedel behöver även tillgången till kognitiv beteendeterapi (KBT) tillförsäkras.

Bedömnings- och screeninginstrument för att kartlägga missbruk eller riskbruk får en hög prioritering i de nationella riktlinjerna. Förutsättningarna i resurser och kompetens skiljer sig mellan olika verksamheter för i vilken omfattning dessa bedömningsinstrument kan användas. Det finns också oklarheter i riktlinjerna för hur och när dessa bedömningsinstrument ska tillämpas.

Tillräckligt omfattande forskning inom områden som berör medarbetare och patienter inom beroendevården saknas fortfarande. Områden som inte omfattas av de nationella riktlinjerna men som är relevanta är kvinnors behov av behandling och stöd samt nättdroger och blandmissbruk.

Från brukar- och anhörigperspektivet betonas vikten av att ha snabb tillgång till stöd och behandling när man behöver och är motiverad till det. Även eftervård, det vill säga stöd efter avslutad behandling, beskrivs som viktigt.

Bemötandet från vården beskrivs som viktigt för att behandlingen ska falla väl ut. Inom detta område saknas det riktlinjer, men personliga egenskaper hos enskilda behandlare och förtroende för den som behandlar beskrivs ha stor betydelse.

## Slutsatser

- Personer med samsjuklighet rekommenderas samordnade/integrerade insatser från psykiatri och beroendevård som säkerställer samtidig behandling av båda tillstånden.
- En patient med behov av insatser från olika huvudmän eller verksamheter ska själv inte behöva tänka på vem som är ansvarig. För detta behöver överlappande bedömningar mellan socialtjänst och beroendevård/psykiatri säkerställas. I detta sammanhang behöver mindre kommuners delaktighet beaktas.
- Tillgång till kognitiv beteendeterapi (KBT) behöver tillhandahållas för detta område. Evidens har tillkommit som rekommenderar KBT som metod vid läkemedelsberoende.
- För att patienter i Östergötland ska tillförsäkras en jämlik vård över hela länet behöver vårdprogram och vårdprocessprogram tydliggöra ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialistvård.
- Socialstyrelsens rekommendationer medför behov av generella utbildningsinsatser inom området.

- Anhöriga och närstående till personer inom missbruks- och beroendevården behöver tillförsäkras delaktighet i och information om den anhöriges behandling. Anhörigas och närståendes egna behov av stöd och eventuell behandling behöver uppmärksammas. Barns behov som anhöriga behöver särskilt uppmärksammas.
- Tillgängligheten för patienter inom missbruks- och beroendevården behöver anpassas efter patientens behov.
- Området missbruk och beroende präglas av brist på forskning och evidens vilket innebär att det saknas riktlinjer för relevanta områden. Behovsgruppen kan också ha en komplex problematik och individuella behov. Den egna motivationen hos patienten är också mycket viktig för behandlingens utfall. Utifrån dessa förutsättningar finns både styrkor och utvecklingsområden inom detta område i Östergötland.

# Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ska utifrån ett medborgarperspektiv verka för en god hälsa hos befolkningen, att invånarna erbjuds en god vård på lika villkor samt att vården ges utifrån befolkningens behov. Behovsanalysen är en strategiskt viktig utgångspunkt för en styrning utifrån behov. HSN väljer årligen ut ett antal sjukdomsgrupper och/eller behovsgrupper som bedöms angelägna att analysera. Behovsanalyserna syftar till att identifiera befolknings- och patientbehov som underlag för HSN:s vidare ställningstagande i uppdrag till vårdleverantörerna.

HSN har beslutat att under 2013 och 2014 genomföra en behovsanalys inom området *Missbruks- och beroendevård*. Motiveringen anges i verksamhetsplanen: ”*Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård utgavs 2007. Under 2012 har Socialstyrelsen påbörjat arbetet med att revidera dessa riktlinjer, vilket beräknas vara klart hösten 2013. En behovsanalys inom detta område genomförs med fördel under två år, där en kartläggning av nuvarande behov och behandlingsmetoder genomförs under 2013. Under 2014 görs en avstämning av förhållandena i länet i jämförelse med de uppdaterade nationella riktlinjerna. Behovsanalysen bör genomföras i samverkan med kommunerna.*”

*Beredningen för behovsstyrning* har ansvar för den politiska samordningen av behovsanalysen.

Behov inom hälso- och sjukvård definieras här som gapet mellan en förekommande ohälsa hos befolkningen och ett mål för ett önskvärt hälsoläge. För att kartlägga behovet sker en sammanvägning av aktuell forskning och litteratur, professionens bedömning och brukarperspektivet. Behovsanalysen baseras därför på information från verksamhetsföreträdare, aktuella rapporter inom området och befintlig statistik. Brukares/patienters och anhörigas erfarenheter tillförs genom brukardialogberedningens resultat. Till behovsanalysen har relevanta referenspersoner knutits vilket tillför viktig kunskap och perspektiv på behovsanalysens område. För en mer utförlig beskrivning av källor hänvisas till referenserna.



## Syfte och avgränsningar

Detta är del 2 av behovsanalysen på området *Missbruks- och beroendevård*. Den första delen presenterades i november 2013.<sup>1</sup> I den första delen redogörs för organisatoriska strukturer av beroendevården i Östergötland vilket utelämnas i denna del.<sup>2</sup>

Denna del av rapporten utgår från uppdraget att göra ”en avstämning av förhållandena i länet i jämförelse med de uppdaterade nationella riktlinjerna.”. Detta redovisas som en GAP-analys genomförd gemensamt av landstinget och länets kommuner.

Rapporten har genomförts i samarbete med länets kommuner utifrån uppdragets formulering ”Behovsanalysen bör genomföras i samverkan med kommunerna.”. Länets två processledare för SKL:s projekt *Från Kunskap till Praktik* har varit samordnande referenser för kommunerna i denna rapport. I denna rapport har de tillfört en kartläggning och analys av beroendevården i länets kommuner.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har fem beredningar för brukardialog (i fortsättningen brukardialogberedning) som har till uppgift att genom dialog med medborgare/brukare bidra med underlag till behovsanalys. Varje beredning består av sju politiker och en sekreterare/processtöd. Den kunskap om befolkningens behov och erfarenheter av hälso- och sjukvård som framkommer i brukardialogberedningarnas rapporter utgör ett viktigt underlag för behovsanalyserna. Hälso- och sjukvårdsnämndens brukardialogberedning 5 har för detta område tillfört brukar- och anhörigperspektivet genom resultat från genomförda fokusintervjuer.

Utifrån uppdraget är syftet med denna rapport att:

- Göra en avstämning av förutsättningarna i Östergötland gentemot riktlinjerna i den reviderade, preliminära, versionen av *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014*
- Utföra rapporten i samverkan mellan landstinget och länets kommuner
- Redovisa ett brukar- och anhörigperspektiv inom området missbruks- och beroendevård

Rapporten utgår från Socialstyrelsens innehåll i de nationella riktlinjerna. De områden som behandlas är missbruk och beroende av följande substanser:

- Alkohol
- Narkotika
- Läkemedel

Områden som inte behandlas är *spelberoende*, *dopning* och *tobak*. För alkohol brukar man ibland även tala om *riskbruk* som inte är en diagnos i sig. Rekommendationer inom detta

---

<sup>1</sup> Se bilaga 1 för sammanfattning av behovsanalysen Missbruks- och beroendevård del 1.

<sup>2</sup> Länk till del 1 av behovsanalysen Missbruks- och beroendevård 2013,  
<http://lisa.lio.se/pages/113266/Missbruks-%20och%20beroendev%C3%A5rd.pdf>

område finns i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Riskbruk omfattas inte i denna behovsanalys men kommer ändå beröras delvis.

## **GAP-analys – genomförande och metod**

Målet med en GAP-analys är att identifiera gapet mellan den nuvarande och den optimala fördelningen och integreringen av insatser. Detta ger insikt om inom vilka områden som det finns rum för förbättring. I detta sammanhang har utgångspunkten varit gapet mellan nuvarande situation inom beroendevården i Östergötland i förhållande till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

### **Workshops som metod**

För att samla in information och synpunkter genomfördes två workshops, en med sakkunniga från länets kommuner och en med sakkunniga från Landstinget i Östergötland. Referenser från Landstinget i Östergötland var representanter från länets tre beroendekliniker, psykiatrin, primärvården och läkemedelskommittén. Ett inledande möte följdes upp av en workshop där även kommunernas processledare närvarade. Deltagare vid workshopen var verksamhetschefer, enhetschefer och sakkunniga från ovan nämnda verksamheter.

För att säkra en bredd i primärvårdens representation kompletterades workshopen med ett enkätutskick till samtliga vårdcentraler i Östergötland samt korta intervjuer med slumpmässigt utvalda primärvårdsrepresentanter. Vidare konsulterades landstingets primärvårdssamråd<sup>3</sup> inför seminariet.

Till kommunernas workshop bjöds alla socialchefer i Östergötlands 13 kommuner av kommunernas processledare in att - tillsammans med ytterligare en person med god kunskap och erfarenhet av missbruks- och beroendevården i respektive kommun - till en workshop om de reviderade nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård. En representant från regionförbundet Östsam och landstingets processledare deltog också.

## **Brukar- och anhörigperspektivet – genomförande och metod**

Syftet med brukardialogberedningens arbete är att få ta del av och öka kunskaper om brukarnas/patienternas föreställningar, attityder, värderingar och upplevelser av hälso- och sjukvård.

### **Fokusgrupp och fokusintervjuer som metod**

Fokusgruppsintervjuer och enskilda fokusintervjuer är de metoder som brukardialogberedningen använt sig av eftersom det ger en djupare förståelse av vad brukarna upplever, känner och tycker. Metoden används för att beskriva komplexa fenomen och processer samt för att betrakta individen utifrån ett helhetsperspektiv.

---

<sup>3</sup> Primärvårdssamrådet är en referensgrupp till ledningsstaben för primärvårdsfrågor.

Intervjuerna utgick från en samtalsguide med frågeområdena *Hälsa och livssituation, Förväntningar och behov, Samverkan, Delaktighet och eget ansvar, och Framtiden.*

## Genomförande och urval

Brukardialogberedningen har i sitt urval träffat patienter med beroendeproblematik respektive anhöriga eller närstående till personer med beroendeproblematik över hela länet. De flesta av de intervjuade personerna har eller har haft erfarenheter av blandmissbruk av alkohol, narkotika och läkemedel. Några personer har eller har haft ett alkoholberoende och en grupp intervjupersoner har eller har haft ett läkemedelsberoende. Det har inte alltid varit uttalat, men nästan hälften av de intervjuade personerna har erfarenhet av samsjuklighet.

Totalt har 23 personer i åldersspannet 25 – 70 år intervjuats vid 11 tillfällen. Av dessa var 7 anhöriga och 16 personer i pågående eller avslutad behandling. Av de intervjuade var 14 kvinnor och 9 män. Fördelningen av de som intervjuades var:

Personer i aktiv behandling:	3 kvinnor, 6 män
Personer som avslutat sin behandling:	2 kvinnor, 2 män
Personer i ett läkemedelsberoende:	2 kvinnor, 1 man
Anhöriga till personer i ett beroende:	7 kvinnor

Den geografiska fördelningen har varit:

Östra länsdelen:	11
Västra länsdelen:	4
Centrala länsdelen:	6
Utomlän:	2

Beredningen har representerats av en eller två ledamöter och en sekreterare vid intervjutillfällena. Inbjudningar till intervjuerna har av sekretessskäl gått genom berörda sjukvårdsverksamheter. Några av intervjupersonerna har också kommit via Anonyma Alkoholister (AA). Beredningen har i detta uppdrag riktat ett särskilt fokus på att träffa kvinnor och anhöriga.

## Studiebesök och kunskapsinhämtningar

För att hämta in kunskap på området har beredningen gjort studiebesök på Ödeshögs Vårdcentral, centrala länsdelens beroendemottagning för läkemedelsberoende i Linköping samt de kommunala verksamheterna Eleonorgruppen i Linköping, Behandlingsteamet i Norrköping, och kvinnoboendet Elsa i Norrköping. Vid dessa tillfällen har beredningen träffat verksamhetsföreträdare och sakkunniga. Ett videomöte med representanter från en brukarrevision i Jönköpings län har genomförts. Delar av beredningen har också deltagit på tre öppna möten för AA.

# Resultat och analys

”Vem som helst kan ju drabbas. Det är inget val man gör att bli alkoholist.”  
Ur brukardialogberedningens intervjuer.

## Missbruk och beroende

Kapitlet inleds med en bakgrundsbeskrivning där inledande fakta kompletteras med kommentarer och citat som beskriver konsekvenser av ett beroende ur ett brukar- och anhörigperspektiv.

### Definition av beroende, skadligt bruk och missbruk

I Sverige används främst ICD-10 (International Classification of Diseases) vid diagnostik av sjukdomar inom hälso- och sjukvården. *Beroende* definieras enligt ICD-10 utifrån följande kriterier:

1. Stark längtan efter drogen.
2. Svårighet att kontrollera intaget.
3. Fortsatt användning trots skadliga effekter.
4. Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser.
5. Ökad tolerans.
6. Fysiska abstinenssymtom.

För beroende enligt ICD-10 krävs att minst tre av de sex kriterierna ska vara uppfyllda i princip vid en given tidpunkt.

ICD-10 har även diagnosen *skadligt bruk*. Om substanser brukas på ett sätt som skadar hälsan fysiskt (som hepatit vid intravenöst missbruk) eller psykiskt (som depressionsperioder till följd av för hög alkoholkonsumtion) definieras det enligt ICD-10 som skadligt bruk.<sup>4</sup>

Inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet används DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). DSM-IV använder begreppen *beroende* och *missbruk* vars definitioner är snarlika ICD-10. I den senaste versionen av DSM (DSM 5) ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet ”substance use disorders” (svensk översättning saknas för närvarande).<sup>5</sup>

### Omfattning och förekomst

I den statliga översynen av missbruks- och beroendevården 2011, den så kallade *Missbruksutredningen* som senare fick namnet *Bättre insatser vid missbruk och beroende*, gjordes en skattning över förekomsten av missbruk- och beroende i Sverige. Enligt skattningen, uppgår antalet personer med beroende i den svenska befolkningen över 18 år till totalt 330 000 (4,38 procent) och antalet med missbruk eller beroende till 780 000 (10,34 procent).<sup>6</sup> Det är således vanligare att ha ett missbruk än ett beroende.

---

<sup>4</sup> SOU 2011/36, *Bättre insatser vid missbruk och beroende*, s.509 (vol 2)

<sup>5</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014–preliminär version* s.12

<sup>6</sup> SOU 2011/36, *Bättre insatser vid missbruk och beroende*, s.514 (vol 2)

Vidare visar Socialstyrelsens skattningar att det finns cirka 29 500 personer med problematisk narkotikaanvändning (det vill säga personer med en narkotikadiagnos inom hälso- och sjukvården eller som har klassats som grava narkotikamissbrukare inom kriminalvården). Antalet personer som använt narkotika de senaste 30 dagarna uppskattas till 77 000 personer. Antalet personer med problematiskt bruk av läkemedel uppskattas uppgå till 65 000 personer.<sup>7</sup>

Dessa siffror gäller för hela riket. Någon motsvarande undersökning har inte gjorts i Östergötland men den uppskattade prevalensen<sup>8</sup> är att Östergötland motsvarar riket för detta område. Översatt i siffror innebär det för Östergötlands del:

Antal personer i alkoholberoende: ca 37 000  
Antal personer i narkotikamissbruk: ca 1 400  
Antal personer i läkemedelsberoende: ca 3 000

Generellt omgärdas statistik och beräknad förekomst av en osäkerhet för detta område. Det finns ett flertal undersökningar gjorda, men ofta är dessa begränsade till vissa målgrupper. Det finns ett stort mörkertal kopplat till beroende och endast cirka en av fem med beroendeproblematik beräknas komma till hälso- och sjukvårdens kännedom.<sup>9</sup>

## Blandmissbruk

Det är vanligt förekommande att personer med missbruk eller beroende använder flera olika substanser, till exempel att de använder flera olika narkotiska medel eller både narkotika och alkohol. Därtill kan missbruk av alkohol eller narkotika kombineras med olämpligt bruk av läkemedel eller dopningsmedel. Många narkotikaanvändare har en hög alkoholkonsumtion. I en kartläggning av narkotikamissbrukets utbredning konstaterades att 42 procent av personerna som missbrukade narkotika samtidigt missbrukade alkohol. En något högre andel män än kvinnor hade problem med blandmissbruk i denna form, 43 respektive 38 procent.<sup>10</sup>

## Demografi och socioekonomi

Det saknas data för samband mellan alkoholberoende och social status, men det finns statistik för riskbruk och socioekonomiska parametrar som utbildning, inkomst och sysselsättning. Dessa visar att det inte finns några tydliga samband mellan socioekonomisk status och alkoholkonsumtion. Andel i riskbruk utifrån utbildningslängd visar inga skillnader för kort, mellanlång eller lång utbildning. Det finns inte heller några tydliga samband mellan sysselsättning och riskbruk. Andelen i riskbruk bland arbetslösa var 18 procent och bland yrkesarbetande 17 procent. Det finns inte heller något tydligt samband gällande ekonomisk betalningsmarginal och riskbruk.<sup>11</sup> Detta stärker bilden av att alkoholkonsumtion kan vara problematisk inom alla socioekonomiska grupper i ungefär lika hög utsträckning.

---

<sup>7</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version*, s.12

<sup>8</sup> Prevalens innebär andel av befolkningen med en given sjukdom eller tillstånd.

<sup>9</sup> SOU 2011/36, *Bättre insatser vid missbruk och beroende*,

<sup>10</sup> SOU 2011/36, *Bättre insatser vid missbruk och beroende*, s.531

<sup>11</sup> Statistiska centralbyrån, [www.scb.se](http://www.scb.se)

Gällande beroende och missbruk av narkotika saknas data för socioekonomiska parametrar. Däremot uppskattas andelen med missbruk och beroende av narkotika generellt vara högre i större kommuner än i mindre kommuner. Detta förklaras bland annat av att narkotikamissbruk har en så kallad epidemisk spridning vilket innebär att det sprider sig genom mellanmännsliga kontakter.

Lugnande läkemedel och sömnmedel förskrivs till alla åldersgrupper men framförallt till äldre. Andelen i läkemedelsberoende beräknas därför vara högre i äldre ålderskategorier. Sömnmedel förskrivs i ökande grad även till yngre. Kvinnor dominerar konsumtionen av dessa läkemedel. Statistik för Östergötland gällande opioider, övriga analgetika och antipyretika visar att det förskrivs till ungefär dubbelt så många kvinnor som män. Kvinnor söker i högre omfattning än män hjälp för ångest, oro och sömnsvårigheter.<sup>12</sup>

## Omfattning bland kvinnor och män

På beroendemottagningarna på Landstinget i Östergötland är fördelningen mellan kvinnor och män 26 procent kvinnor och 74 procent män. Detta förhållande har varit ungefär lika över tid de senaste fem åren<sup>13</sup> och motsvarar också fördelningen i riket.<sup>14</sup>

## Samsjuklighet

Med samsjuklighet menas här att en person samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för missbruk och beroende och för någon annan form av psykisk störning.<sup>15</sup> Att observera är att neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, med diagnoser som adhd, inte ingår i begreppet samsjuklighet då det inte är en sjukdomsdiagnos.

Andel personer som besökt beroendeklinikerna i Östergötland som har en samtidig psykisk diagnos är 42 procent.<sup>16</sup> Socialstyrelsen anger att bland personer som vårdas för sitt missbruk har 30 – 50 procent en samtidig psykisk sjukdom. Vanligast är ångest- och depressionssjukdomar och personlighetsstörningar. Av dem med alkohol- eller drogmissbruk beräknas drygt 20 procent också ha adhd.<sup>17</sup>

---

<sup>12</sup> Landstinget i Östergötland, *Vårdprogram läkemedel*

<sup>13</sup> Vårddatalagret

<sup>14</sup> SOU 2011/36, *Bättre insatser vid missbruk och beroende*, s.519

<sup>15</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version*, s.42

<sup>16</sup> Vårddatalagret

<sup>17</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version*, s.44

# **Att ha en beroendesjukdom – erfarenheter från brukardialogberedningens arbete**

Detta är en sammanställning av de intervjuade personer som för närvarande är i en behandling för sin beroendeproblematik. De intervjuade personerna beskriver hur beroendet startade för dem samt vilka konsekvenser det inneburit för dem i vardagen.

## **Hur ett beroende startar**

### **Heterogen behovsgrupp**

Av de personer som intervjuades beskrivs olika bakgrunder och det går inte att tyda något förutsägbart i vilka som utvecklar ett beroende. För flera av de intervjuade personerna startade beroendet och missbruket under unga år, dock inte för alla. Några beskriver att deras beroende började som vuxen, och ibland i mogen ålder. I dessa sammanhang är det vanligt att någon enskild händelse varit en utlösande faktor. Ärftlighet är en faktor som nämns där intervjupersonerna kan se hur beroende går i arv. Många påpekar också i det sammanhanget att detta bör ses som en sjukdom. För en del personer har beroendet kommit smygande.

### **Självmedicinering vid samsjuklighet**

För de personer som har en samsjuklighet har samtliga beskrivit att beroendet börjat som en form av självmedicinering. En del personer beskriver att de fått diagnosen adhd, andra har psykiska sjukdomar som schizofreni eller borderline. Även sömnsvårigheter har orsakat missbruk, i synnerhet av alkohol eller läkemedel.

Det motsatta har också beskrivits, att ett missbruk lett till psykisk ohälsa, men det har varit mindre vanligt i de intervjuer som gjorts.

### **Mönster i det sociala arvet**

Flera beskriver ett mönster i livet där barndomen kan ha präglats av föräldrar i missbruk eller annan dysfunktionell familjesituation och där man själv sedan gått samma väg. Det gäller dock inte alla, några beskriver en drogfri uppväxt. De personer som är uppväxta i en miljö med droger och alkohol beskriver att detta präglat dem i synen på droger och att missbruk blev normaliserat. En del beskriver också att deras barn också utvecklat samma mönster, detta gäller dock inte heller för alla intervjuade personer.

### **Läkemedelsberoende**

De personer som intervjuades med erfarenhet av läkemedelsberoende fick samtliga sitt beroende genom förskrivning av hälso- och sjukvården. Detta skedde på 70-talet respektive 90-talet, en tid som personerna beskriver präglades av lättvindig förskrivning av bensodiazepiner.

## Lång väg ur ett beroende

Många personer berättar att det tar lång tid att själv inse att man har en problematik. Det är för många också en lång väg till drogfrihet. Det kan ha varit någon enskild händelse som lett till insikt om att man behöver behandling för sin problematik. En del beskriver att kärleken varit det som fått dem att söka hjälp för sin problematik. De som har haft ett socialt stöd från sin omgivning beskriver det som viktigt.

En person berättar att hon under den tid hon hade alkoholproblem ofta uppsökte vården för olika besvär men att varken hon eller vården kopplade problemen till hennes drickande. Det dröjde innan vården ställde frågan om hennes alkoholkonsumtion:

*”När jag var aktiv och sökte hjälp, då ville jag helst ha ett piller som gjorde mig frisk. Jag var ofta sjuk, det var alla möjliga sjukdomar. Tills slut sa en läkare; ”Ska du inte prata med AA?”. Jag tänkte; ”du är ju inte klok, jag är ju ingen alkoholist”. En alkoholist för mig då var någon som satt på parkbänken. Men det är en förnekelsesjukdom. Jag drack aldrig synligt, bara hemma för mig själv framför TV:n. TV-soffan var min parkbänk.”*

## Konsekvenser av beroende

Att vara i ett beroende och missbruk av någon substans medför konsekvenser i vardagen, framförallt socialt. Relationerna till vänner och anhöriga påverkas och några beskriver att omgivningen har svårt att veta hur man ska hantera en person med beroendeproblematik och därför undviker kontakt. Flera beskriver också att relationer spruckit och att kontakten till sina barn har försämrats. Utöver detta beskrivs psykiska konsekvenser som ångest och depression samt fysiska konsekvenser som muskelsmärk och sjukdomar som hepatit C.

## Dold problematik

När det gäller sysselsättning beskriver flera intervjupersoner att de kunnat sköta sitt jobb och dolt sin problematik. Men några beskriver också att det inte fungerat att behålla jobbet till slut. Detta är kopplat till att många upplever det som skambelagt med beroendeproblematik och därför döljer det för omgivningen så långt det går. Detta innebär att det i hög grad är en dold problematik. En kvinna beskriver hur påfrestande det är att inte våga berätta om sin problematik på jobbet:

*”Jag vågar inte tala om på jobbet om min alkoholism. Jag skäms över att jag gjort det jag gjort.”*

Det är olika vilken situation intervjupersonerna varit i. En del har haft en etablerad tillvaro med jobb, boende, familj etcetera medan andra dragits in i en kriminell livsstil.



## **Att vara anhörig eller närstående till en person med beroendesjukdom – erfarenheter från brukardialogberedningens arbete**

Detta är en sammanställning av intervjuade personer som är anhöriga eller närstående till en person med beroendesjukdom. Anhörig eller närstående kan vara i form av förälder till barn med beroende, partner till sambo/make/maka med beroende, barn till förälder/föräldrar med beroende, eller syskon/släkting till person med beroende. Några av intervjupersonerna är i flera anhörigförhållanden samtidigt. Samtliga anhöriga som intervjuades var kvinnor, inbjudan riktades dock till både kvinnor och män.

### **Konsekvenser av att vara anhörig/närstående**

#### **Att vara partner**

De personer som är partner till en person i beroende beskriver hur påfrestande det är på flera plan. Känslan av att inte kunna lita på sin partner, ovisshet inför framtiden och hopp blandat med besvikelser är några av de vanliga känslor som beskrivs. Det är en stor psykisk påfrestning som många vittnar om. Det kan också innebära att man som anhörig utvecklar någon form av psykisk ohälsa som depression eller utmattning. Som anhörig är det också lätt att hamna i ett medberoende. De anhöriga beskriver också att de får ta ett stort ansvar för sin partners situation.

En kvinna beskriver att våld inte förekom men att det är en psykisk påfrestning:

*”Han har fått utbrott. Han ljög, det gör han fortfarande om jag pratar med honom. Han skyllde allt på mig. Skyllde alltid på något, hittade alltid anledningar till att dricka. På mig, svärföräldrar som inte ens bodde i samma stad, jobb med mera. Det var aldrig hans eget beteende han såg som orsak.”*

Den påfrestande situation som det innebär att vara anhörig till en person i beroende kan medföra att även den anhöriga behöver vård och behandling.

#### **Att vara barn**

De personer som vuxit upp med föräldrar som missbrukat beskriver att det påverkade uppväxten i en orolig riktning. Som barn märker man mer än man visar beskriver många. Barndomen och uppväxten kan också påverka senare relationer i livet. En kvinna beskriver en jobbig barndom:

*”Jag har en lång och jobbig historia. Jag hade en far som var periodare. Ingen rolig barndom. En periodare dricker rejält när de har sin period. Mina föräldrar skiljde sig och han gifte om sig. Han blev nykter i tio år, han var med i länkarna som fanns då. Jag fick se många delirium. Det var jobbigt. Det var självmordsförsök, tvångströja, polis och så vidare.”*

#### **Att vara förälder**

De personer som har barn i beroende beskriver att man som förälder känner ett stort ansvar. För föräldern kan det innebära många kontakter med olika myndigheter som skola, polis, vård

och så vidare. Detta påverkar givetvis den allmänna situationen med mycket stress och praktiska svårigheter att hantera vardags- och arbetslivet.

Även för anhöriga påverkas den sociala situationen och även här beskrivs att omgivningen agerar undvikande då det är svårt att veta hur man ska förhålla sig till missbrukare eller anhöriga. När barnet blir myndigt saknar föräldern rätt att besluta över sitt barn vilket många beskriver som frustrerande. Att vara förälder kan också kännas extra ansvarstungt:

*”Man kan lämna sin man, men inte sina barn”.*

## **Normer**

Några personer beskriver hur normerna i samhället påverkar situationen. Normen att kunna dricka måttligt vid olika tillfällen kan innebära problem för den som har beroendeproblem. En kvinna beskriver det som ett generellt problem med alkohol att det är normaliserat att dricka i Sverige:

*”Det är inte fel att ta ett glas, men det har blivit så normaliserat. Om man säger att man **måste** ha vin – då har man problem. Det har blivit så accepterat. Men har man problem måste man säga ja eller nej”.*

## **Medberoende**

Medberoende är inte en sjukdomsdiagnos. Att vara medberoende innebär att man anpassar sitt beteende och sin personlighet efter den som är beroende i hopp om att kunna hjälpa. En del lär sig detta beteende redan som barn medan andra har lärt sig det senare i livet. Karaktäristiska drag hos medberoende är bland annat att de känner sig ansvariga för andra människors beteende, ofta är omedvetna om vad de själva vill och behöver, känner sig säkrast när de ger och överengagerar sig. Även barn kan utveckla medberoende.

Några av de intervjuade personerna beskriver hur påfrestande det varit att vara medberoende och också vikten av att ta sig ur medberoendet. En kvinna beskriver det så här:

*”För cirka tio år sen var det kaotiskt. Jag levde i ett medberoende. Kunde inte göra något själv, jag var som Florence Nightingale. Jag fick ständigt vara beredd på att rycka ut i fall han ringde. Han kunde ringa mitt i natten, det var ständigt kaos, han kunde inte ta hand om sig själv.”*

Efter hand blev situationen värre och kvinnan bestämde sig för att ta sig ur sitt medberoende.

*”Det var en fruktansvärd tid. Han fick besöksförbud. Det var hela tiden mitt fel enligt honom. Han åkte dit för grov rattfylla och förlorade körkortet. Då, efter många turer, insåg jag att jag inte kan vara medberoende längre.”*

## **Den självupplevda hälsan**

Hur hälsan upplevs bland de anhöriga intervjupersonerna varierar och har ett samband med huruvida man fått stöd och hjälp i att ta sig ur sin situation som medberoende.

Det är vanligt att man som anhörig utvecklar en psykisk ohälsa som man kan behöva stöd och behandling för. En kvinna beskriver sin hälsa så här:

*”Jag är skör idag. Jag är på halvtid sjukpensionär. Det har jag varit sen jag var 56 år. Det var i grevens tid, jag arbetade mycket och var samtidigt fullt engagerad i min son. Jag brände min kapacitet och mitt tålamod. Blir jag utsatt för stress känner jag det direkt. Jag är lyckligt lottad att jag har sådan självdisciplin. Jag tränar och promenerar mycket. Och yoga. Yoga är min självmedicinering.”*

# Analys

I detta kapitel presenteras brukardialogberedningens resultat där behov identifierats utifrån de intervjuade personernas åsikter och erfarenheter. Dessa resultat sammanställs under rubriken *Förväntningar och behov – brukar- och anhörigperspektivet*.

I rubriken GAP-analys presenteras resultat utifrån de viktigaste identifierade områdena från landstingets respektive kommunernas workshop som en form av GAP-analys. Dessa områden utgår från Socialstyrelsens riktlinjer och en jämförelse med förhållandena i Östergötland. Områdena kompletteras med brukar- och anhörigperspektivet genom sammanfattande kommentarer och utvalda citat. Ytterligare områden som anses viktiga, men där riktlinjer saknas, genomgås i kapitlet *Övriga frågeställningar*.

Områden som går igenom i de kommande avsnitten är:

## **Förväntningar och behov – brukar/anhörigperspektivet**

- **Delaktighet, information, bemötande och stöd**
- **Anhörigas behov**
- **Tillgänglighet**
- **Skillnader i länet**
- **Uppföljning och efterstöd**

## **GAP-analys**

- **Samverkan**
- **Behandling vid samsjuklighet**
- **Behandling vid läkemedelsberoende**
- **Bedömnings- och screeninginstrument**
- **Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser**
- **Behandling av ungdomar**

## **Övriga frågeställningar**

- **Kvinnor med beroende**
- **Blandmissbruk och nättdroger**

# Förväntningar och behov – brukar- och anhörigperspektivet

## Delaktighet, information, bemötande och stöd

Något som inte formuleras i riktlinjer och rekommendationer, men som är av stor betydelse för hur patientens behandling faller ut, är bemötande och att patienten känner ett förtroende för sin behandlare. Många av de intervjuade personerna beskriver vikten av detta och anger hur mycket en enskild medarbetare inom vården har betytt för deras behandling.

Men det riktas också kritik mot att bemötandet i den övriga vården kan vara sämre på grund av beroendeproblematiken. En del beskriver en bristande respekt och någon har erfarenhet av att bemötandet ändrats i samband med att beroendesjukdomen journalfördes. En kvinna säger:

*”Jag har inte så stort förtroende för vården. Om det händer något, då står man där på egna trasiga ben. Det man behöver är ett stöd, en hand som visar en vägen. /.../ Kommer man till vården och söker hjälp för något får man inte förtroende. Till exempel på vårdcentral, då får man inte hjälp för att man har sin bakgrund.”*

Ibland förekommer en diskrepans mellan patientens önskemål och vad som kan tillhandahållas inom hälso- och sjukvården. Det finns också en insikt om att det också åligger ett stort ansvar på patienten själv och att personer med beroendeproblematik kan vara svårbehandlade. I sjukdomsbilden ligger ofta förnekelse och att manipulera sin omgivning.

*”Det är lite en situation vi satt oss i själva. Vi blir ju experter på att manipulera. Det vet ju läkare om. I vårt missbruk blir vi experter på att ljuga för att hitta vägar. Därför måste de kolla oss extra.”*

Det finns en samstämmighet i att det egna ansvaret för behandlingen är stor, i synnerhet som motivationen anges som en avgörande faktor för att kunna bli drogfri.

*”Man har hundra procent ansvar själv. Man kan ju välja att utebli”*

Även anhöriga beskriver vikten av bemötande. Bland de anhöriga personerna riktas kritik mot att de inte fått vara delaktiga i behandlingen. I synnerhet de personer som varit föräldrar till ett barn med beroende har upplevt detta.

De anhöriga saknar information om vad som händer i behandlingen och hur de själva ska förhålla sig till den anhöriga med beroendeproblem. De intervjuade anhöriga beskriver att de tar ett stort ansvar och att de behöver vägledning i att hantera både den anhörige och sig själv.

Bemötandet av dem som anhöriga har kritiserats. De kan ha upplevt ett nonchalerande av deras oro som anhöriga.

## Anhörigas behov

Som anhörig behövs också stöd och vissa fall behandling. Depression, utmattningssymtom eller andra former av ohälsa förekommer. De intervjuade personerna har beskrivit att detta

följt av den belastning och psykiska påfrestning det innebär att ha en anhörig med beroendeproblematik.

*”Som anhörig behöver man också samtal. Snabbt och omgående. Dels behöver man vägledning och få förklarar för sig vad det innebär. Dels behöver man stöttning själv. Jag var så trampad på vid den tiden.”*

## **Tillgänglighet**

Flera brukare beskriver att det kan vara långa väntetider och att risken då finns att motivationen inte längre finns kvar.

Kritik riktas också mot att bristande samordning kan leda till långa väntetider. En kvinna beskriver att hon har alkoholproblem och adhd och att hon inte får tillräcklig hjälp för detta. Hjälpen behöver komma fort beskriver hon:

*”Jag skulle vilja få hjälp direkt. Med alkoholavtändning, avgiftning. Måste ha läkarbedömning också. Senast blev det fyra timmars väntan. Man kan bli nekad också, det blev jag den gången. Det är svårt att vänta så länge, då blir det att man tar en sup till.”*

## **Skillnader i länet**

En del personer har erfarenhet av hälso- och sjukvården i olika delar av länet. De beskriver att det är skillnader.

*”I Linköping var det bra./.../. De har bra koll där. Borde inte var så stor skillnad mellan Linköping och Norrköping.”*

De anhöriga som har erfarenhet av vård i olika delar av länet beskriver att det förekommer skillnader. En person säger:

*”Det är stora skillnader mellan Motala och Linköping. Bättre bemötande i Linköping.”*

## **Uppföljning och efterstöd**

Det finns en medvetenhet för risken för återfall. Att få fortsatt stöd och eftervård är därför viktigt menar de intervjuade personer som har avslutat sin behandling. Några intervjuade personer har erfarenhet av behandlingshem och riktar kritik mot kunskapsnivån och den behandling som erbjuds där. Det framförs att det inte finns någon långsiktighet i behandlingen och att det är mer regel än undantag att personer återfaller i missbruk när behandlingstiden är över.

De intervjuade personerna från den östra länsdelen har beskrivit reglerna på tillnyktringsenheten som ologiska. Det efterfrågas också ett mer uppföljande stöd efter att ha varit på tillnyktringsenhet istället för att släppas ”vind för våg”.

En kvinna beskriver också att hälso- och sjukvården inte följde upp henne tillräckligt när hon sökte hjälp. Hon fick då hjälp med att nyktra till men hon fortsatte dricka när hon kom hem.

*”Jag kom hem till en tom lägenhet. Där hade jag en och en halv liter vin kvar. Då började jag dricka igen.”*

# GAP-analys

## Samverkan landsting och kommuner

De nationella riktlinjerna inom området missbruk och beroende riktar sig till socialtjänsten i större omfattning än andra områden. Samverkan mellan kommuner och landsting är således ett centralt område då många rekommendationer riktar sig till både hälso- och sjukvård och socialtjänst och där ansvarsfördelningen mellan huvudmännen inte specificeras.

### *Socialstyrelsens rekommendationer*

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna kommer att kräva utökad samverkan, både mellan kommuner och landsting, och mellan olika kommuner.

*”Det är viktigt med samarbete mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och landstingens psykiatri, beroendevård och primärvård för att kunna införa riktlinjerna i verksamheterna.”<sup>18</sup>*

### *Nuläge i Östergötland*

En arbetsgrupp tillsattes för att arbeta fram *ett länsövergripande avtal* enligt den lagstiftning som trädde i kraft juli 2013. Detta avtal är i skrivande stund klart för beslut.

I Östergötland finns lokala samverkansavtal mellan beroendeklinikerna och kommunerna i respektive länsdel.

I östra länsdelen finns ett samarbete med Norrköpings kommun och polisen, och ett uppdrag finns att upprätta en integrerad organisation.

Den västra länsdelens beroendeklinik har tidigare haft integrerad verksamhet med Motala respektive Mjölby kommun med gemensamma lokaler. Huvudmännen delar inte längre lokal men samarbetet med kommunerna fortsätter.

I den centrala länsdelen har landstingets beroendeklinik och Linköpings kommun sedan många år en integrerad verksamhet.

Samordnad individuell vårdplan (SIP) utgår från en lagstiftning som anger att alla som har behov av insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen och som har behov av samordning, ska erbjudas detta. Arbete med att utveckla formerna för SIP pågår i Östergötland.

### **GAP**

- Integrering av verksamheter bör ske ur ett brukarperspektiv – brukaren ska inte behöva bry sig inte om vem som är huvudman.
- Behov finns av koordinerade bedömningar, integrerade verksamheter och överlappande vård. Det är inte tillräckligt att respektive verksamhet gör bedömningar utifrån det egna verksamhetsfältet.

---

<sup>18</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version*, s.51

- Kunskapen om vilka insatser olika kommuner erbjuder kan brista inom landstinget.
- Samverkan mellan kommuner och landsting är uppbyggd men kan utvecklas till att inkludera även psykiatri.
- Förutsättningarna i samverkan skiljer sig mellan små och stora kommuner. Överenskommelser finns endast med stora kommuner i länet. Det finns en risk att patienter från mindre kommuner inte får tillgång till samma insatser.
- Andra huvudmän som Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Kriminalvården, Frivården, Polisen behöver involveras i högre omfattning.
- Samarbete kan vara aktuellt även med aktörer som till exempel företagshälsovård och ideella organisationer.

### *Kommentarer från workshops*

Det finns problem inom olika områden samtidigt utöver beroendeproblematiken, till exempel psykisk ohälsa, boendesituation och så vidare. I riktlinjerna fokuseras på behandlingsmetoder för specifika tillstånd. Vid komplexa fall är det inte tillräckligt att varje aktör gör en egen bedömning utifrån sitt ansvarsområde, det behövs överlappande bedömningar och vård.

En sakkunnig anger som exempel det dubbelmord som skedde i Ljungsbro i november 2013. Den konsekvensanalys som gjordes visade att ingen aktör gjorde fel; psykiatri, beroendevården och socialtjänsten gjorde alla adekvata bedömningar utifrån sina respektive ansvarsområden, men att inga överlappande bedömningar skedde.

SIP, Samordnad individuell vårdplan, kan användas för detta ändamål men där behöver följsamheten och kunskaperna öka.

De mindre kommunerna har andra förutsättningar än de större kommunerna. Dels är det längre avstånd, dels andra förutsättningar att erbjuda stöd och omsorg. Ingången till kommunala insatser kan variera och olika kommuner är olika organiserade, ibland med stora variationer. Vidare är nuvarande lokala samverkansavtal mellan landstingens beroendekliniker och kommunerna enbart med de större kommunerna. Det kan innebära att patienter från små kommuner inte alltid har samma tillgång till integrerad behandling.

Det efterfrågas större tydlighet i ansvarsfördelningen av psykosociala insatser mellan landsting och kommun. Riktlinjerna beskriver inte hur ansvaret ska fördelas mellan huvudmännen. Trots att riktlinjerna är knapphändiga gällande många delar är riktningen kring samverkan tydlig; det behöver gå mot mer integrerade och samordnade insatser, både mellan huvudmän och inom hälso- och sjukvården. Arbete pågår i delar av länet att upprätta integrerade verksamheter men har också gått åt motsatt håll inom andra delar av länet. Utgångspunkt bör vara att brukaren själv inte ska behöva bry sig om vem som är huvudman för olika insatser.

Vissa kommunala insatser för psykosocial behandling kräver kompetens och klientunderlag som bara större kommuner har förutsättningar att hantera. För sådana frågor har kommunerna ett ansvar att samverka sinsemellan.

Från kommunerna efterfrågades en samordning i kontakten med psykiatri och beroendevården. Det finns exempel på tillfällen där en kommun önskat kontakt med både psykiatri och beroendevård samtidigt, men där det inte gått på grund av att den interna samordningen inom landstinget brustit.



Lokala och regionala överenskommelser mellan olika huvudmän och verksamheter behöver implementeras i praktiken för att det ska komma till nytta för patienten. Det finns ingen ”quick-fix” metod för implementering men generellt är det viktigt att samverkan prioriteras på ledningsnivå och att medarbetare inom alla verksamheter delar värderingar, begrepp och prioriteringar.

### ***Brukarperspektivet***

Flera intervjupersoner beskriver samverkan mellan kommuner och landsting som att denna inte fungerar. Vanliga kommentarer är att det tar lång tid, att informationsöverföringen kan brista, att samordningen och kunskaperna om varandras verksamheter är bristfällig. En person beskriver detta så här:

*”Mer samarbete med andra instanser (behövs), till exempel när man kommer ut efter avgiftning. Att bara bli hänvisad någon annanstans (leder till att) många går direkt till Systembolaget.”*

Även från brukar- och anhörigperspektivet anges att integrerade eller samordnade insatser ger bäst stöd. Det uttrycks också att integrerade team eller samlokalisering är positivt. En ingång där man bli mottagen oavsett huvudman efterfrågas liksom en större kunskap om varandras insatser:

*”Man skickas runt hela tiden. Till slut skiter man i allting. De bara skjuter ifrån sig. Det man vill är att en tar emot, oavsett vem – och inte bara skjuter ifrån. Det är folk som dött som sökt men fått vänta och skjutits runt.”*

En del har lyft att även samverkan med polisen skulle kunna utvecklas. Vidare har företagshälsovården och ideella organisationer en viktig funktion för flera brukare och anhöriga.

De personer som har erfarenhet av integrerade verksamheter med personal från både kommun och landsting har uttryckt att det varit positivt för deras behandling. En kvinna har erfarenhet av ett integrerat ACT-team med professioner från både kommun och landsting:

*”Jag har inte så mycket kontakt (med landstinget). Jag får medicin för adhd. De gjorde ingen diagnos först. De bollade mellan kommun och landsting. När det blev ACT-team blev det bättre. Det blev för några år sedan. Tidigare bollade de bara fram och tillbaka – psykiatrin och socialen och beroendekliniken.”*

Beroende betraktas i Sverige inte som en sjukdom på samma sätt som det gör internationellt.<sup>19</sup> Detta betraktar ett antal intervjupersoner som en brist då det skulle underlätta om landstinget skulle få ett mer omfattande ansvar och att skuldbeläggandet skulle minska.

### ***Anhörigperspektivet***

Företagshälsovårdens roll och betydelse för samverkan kommenterades även från intervjuade anhöriga. Några personer har också lyft att hälso- och sjukvården i större omfattning borde

---

<sup>19</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version*, s. 57

informera om ideella organisationer som kan vara stöd även för anhöriga. En person säger om AA för anhöriga:

*”Det är ju anonymt, därför inte så många som känner till det. Det borde sättas upp skyltar över hela sjukhuset.”*

Även information om vilka kommunala insatser som finns tillgängliga för anhöriga beskrivs som bristfälliga och att man som anhörig själv fått reda på detta, antingen genom en slump eller att man själv letat reda på det.

## Behandling vid samsjuklighet

### *Socialstyrelsens rekommendationer*

Socialstyrelsen anger att det är

”... viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt.”<sup>20</sup>

Trots att samsjuklighet är ett vanligt tillstånd är forskningsfältet begränsat för detta område. Särskilda rekommendationer vid samsjuklighet finns inte utan Socialstyrelsen hänvisar till samtidiga insatser utifrån rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsymtom* respektive *Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd*. Socialstyrelsen anger vidare att läkemedelsbehandling ska ske enligt rekommendationer för respektive område.

Exempel på metoder för samordning och integrerade verksamheter som anges är *assertment community treatment (ACT)*, vilket är tvärprofessionella team och *case management*, som innebär samordning mellan olika verksamheter. En utveckling av rekommendationer kring metoder för samordning ska finnas i slutversionen av riktlinjerna.<sup>21</sup>

Rekommendationerna som anges är:

#### *Hälso- och sjukvården bör*

- erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol och samtidig depression integrerad behandling (*prioritet 3*).
- erbjuda personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom integrerad behandling (*prioritet 3*).<sup>22</sup>

### *Nuläge i Östergötland*

Beroendevården i Östergötland tillhör närsjukvården och det finns en beroendeklinik i östra, västra respektive centrala länsdelen. De olika länsdelarnas beroendekliniker är delvis olika organiserade.

I den östra länsdelen pågår ett arbete för integrerade insatser mellan psykiatri och beroendevård. Integrerad verksamhet med Norrköpings kommun finns i ett ACT-team.

I den västra länsdelen är beroendekliniken en del av psykiatri- och habiliteringsenheten i Motala och är därmed en integrerad verksamhet.

I den centrala länsdelen saknas samordnade insatser mellan psykiatri och beroendevården. Beroendekliniken har en integrerad verksamhet med Linköpings kommun.

---

<sup>20</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version*, s.43

<sup>21</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version*, s.43-44

<sup>22</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version*, s.46

## **GAP**

- Samtidig behandling vid samsjuklighet är inte säkerställd i länet. Former för samordnade/integrerade verksamheter mellan psykiatri och beroendevård behöver påbörjas eller utvecklas. Initiativ krävs för att säkerställa samordning i processer vid samsjuklighet och gemensam syn på prioriteringar.
- När samverkansavtal upprättas mellan landsting och kommun behöver även psykiatrivården delta, inte bara beroendevården.

### ***Kommentarer från workshops***

Utvecklingsarbete pågår i länet med att upprätta integrerade verksamheter, men det finns också exempel där utvecklingen går åt motsatt håll. Därmed finns fortfarande utvecklingsbehov. I dagsläget kan inte samtidig behandling för psykisk sjukdom och beroendesjukdom säkerställas i hela länet.

En definition av vad integrerad verksamhet innebär saknas i de preliminära riktlinjerna. Ett medskick till Socialstyrelsen var att förtydliga vad integrerad verksamhet innebär och en förhoppning om en redogörelse över aktuell kunskap och rekommendationer för utformning av samordnade insatser.

Det betonades också att det inte räcker med samverkansavtal/dokument; samverkansavtalen behöver också prioriteras och förankras på verksamhetsnivå för att implementeringen av dem ska ha förutsättningar att lyckas.

Samsjuklighet och samverkan är komplext. Faktorer som har stor betydelse för denna behovsgrupp är stödinsatser, boende, meningsfull sysselsättning. Därmed berörs även socialtjänsten.

### ***Brukarperspektivet***

Samsjuklighet med en psykisk sjukdom och beroendesjukdom samtidigt är vanligt och några av de intervjuade personerna beskriver att det är självmedicinering för den psykiska sjukdomen som lett in på användande av droger eller alkohol eller blandmissbruk.

Flera av de intervjuade personerna beskriver att det är viktigt att få hjälp av psykiatri för sin psykiska problematik och att detta också underlättar behandlingen av beroendet. Några beskriver också att tidiga insatser från BUP är viktiga och att detta kan undvika mer långtgående problem senare i livet. En kvinna beskriver:

*”Jag började höra röster när jag var 13 år. Jag mådde dåligt så jag provade (amfetamin). Det var missbrukare på stan som sa att man mår bra av det. Till slut provade jag. Jag tänkte länge att jag ville prova.”*

Hon var i kontakt med BUP men fick ingen diagnos för schizofreni eller borderline då, det fick hon i vuxen ålder.

*”Jag fick ingen utredning förrän några år sedan. Knarket hjälper att ta bort rösterna. Medicinerna jag får hjälper inte.”*

En del behandling för psykisk ohälsa eller sjukdom kräver att personen är drogfri. Det gör det svårt för personer som självmedicinerar.

### ***Anhörigperspektivet***

Även anhöriga beskriver att samsjuklighet är vanligt och att psykiatrin har en viktig roll. Anhöriga med erfarenhet av samsjuklighet har också beskrivit att det i dessa sammanhang kan skrivas ut läkemedel på ett för lättvindigt sätt. En kvinna beskriver hur ett läkemedelsberoende startat på grund av detta:

*”Behandling var en burk tabletter från psykiatrin. Det är allvarligt. /.../. De skrev ut Xanor och tabletter för epilepsi. Han blev helt handlingsförlamad av det. Han låg bara hemma i sin etta. Då fick han komma tillbaka och hämta mer. Han förmådde inte sköta sin medicin i åtta år.”*

Behov av information och delaktighet är viktigt när man är anhörig till en person med samsjuklighet, vilket enligt flera intervjupersoner brister idag. Vid samsjuklighet känner anhöriga en frustration över att inte få information om den anhöriges tillstånd, i synnerhet vid allvarliga tillbud som självmordsförsök eller andra självskadebeteenden, vilket sekretesslagen förhindrar.

## Behandling av läkemedelsberoende

Preparatgruppen bensodiazepiner används som ett ångestdämpande, sömngivande och muskelavslappnande läkemedel. Dessa preparat medför risk för toleransutveckling och beroende. Bensodiazepiner fyller för många människor ett terapeutiskt värde men kan vid beroendutveckling ha stora negativa konsekvenser för den fysiska och psykiska hälsan och det sociala livet. Beroende av bensodiazepiner kan ofta medföra abstinensbesvär. Vid utsättning av läkemedlet kan därför vissa personer behöva hjälp med nedtrappning. Abstinensperioden är ofta långvarig, från veckor till månader. Det finns också risk för abstinenskomplikationer.<sup>23</sup>

### *Socialstyrelsens rekommendationer*

Nedtrappning innebär en stegvis minskning av dosen bensodiazepiner. Nedtrappning antas minska abstinensbesvären och antas även minska risken för allvarliga abstinenskomplikationer. Som tillägg till nedtrappning anges även KBT-behandling för sömnsvårigheter och/eller ångest.

Rekommendationen som anges är:

#### *Hälso- och sjukvården bör*

- Erbjud personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner, där sedvanlig utsättning inte är möjlig, nedtrappning av bensodiazepin eller nedtrappning av bensodiazepin med tillägg av kognitiv beteendeterapi (*prioritet 2*).<sup>24</sup>

### *Nuläge i Östergötland*

I den centrala länsdelen finns en mottagning för läkemedelsberoende. Motsvarande mottagning finns inte i den östra respektive västra länsdelen där dessa patienter i första hand hänvisas till primärvården eller till den förskrivande enheten.

### *GAP*

- Behov av kunskap och kompetensutveckling kring beroende och abstinens samt nedtrappning av läkemedelsberoende.
- Behov av kompetenser med KBT-utbildning.
- Olika organisation och utförande i de olika länsdelarna ger olika förutsättningar för patienter beroende på var de bor vilket påverkar förutsättningarna för likvärdig vård.
- Förtydligande av ansvarsfördelning mellan beroendevård och primärvård behöver initieras.
- Behovsgruppen kan innebära en sällankompetens för primärvården vilket kan påverka förutsättningarna för behandling då det är svårt att upprätthålla kompetens och systematik i arbetet.

---

<sup>23</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version*, s.33

<sup>24</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version*, s.33 -

### *Kommentarer från workshops*

Vägledning saknas i de nationella riktlinjerna för ansvarsfördelning mellan primärvård och den specialiserade beroendevården. Nedtrappning av bensodiazepiner sker idag inom beroendevården i den centrala länsdelen men inom primärvården i den östra länsdelen och delvis inom specialistvården i den västra länsdelen.

Utgångspunkten i vårdprocessprogrammet för läkemedelsberoende är att den som förskriver också ansvarar för utsättning och eventuell nedtrappning. Men det ser olika ut på olika vårdcentraler, en del arbetar inte alls med detta. Inom specialistvården förskrivs också beroendeframkallande läkemedel. Där är också förutsättningarna varierande för hur man arbetar med nedtrappning. Vårdprocessprogram för läkemedelsbehandling har också haft svårigheter med representation i arbetet vilket påverkat legitimiteten och följsamheten av den.

Utifrån detta är inte vården likvärdig över länet. En diskussion var att tänka nytt kring organisationen. Alla behöver inte vara experter på allt, möjligen kan en mottagning räcka i länet? Möjligheten till mobil personal lyftes också, istället för att patienter tar sig till vården kan personal ta sig närmare patienten.

Det är också oklart om primärvården ska förväntas ansvara för nedtrappning av läkemedelsberoende. Primärvården fick i en enkät frågan **Hur ser förutsättningarna ut hos er att arbeta med nedtrappning alternativt nedtrappning + KBT vid läkemedelsberoende?** Några enkätsvar som gavs var:

”Ansvaret för nedtrappning av beroendeframkallande läkemedel är vårt ansvar om vi initierat behandlingen och förskrivningen, specialistvårdens ansvar om någon annan gjort det. Vid blandmissbruk ser vi det som specialistvårdens ansvar.”

”Jag ser INTE ATT DETTA ÄR PV:S UPPDRAG, vårt uppdrag är att upptäcka dessa behov, själva utförandet bör skötas av enhet med erfoderlig tid/kompetens”

Förskrivning av bensodiazepiner och andra beroendeframkallande läkemedel omnämns inte i riktlinjerna men är av stor betydelse för risken att utveckla ett beroende. Då läkemedelsberoende i de allra flesta fall är ett så kallat iatrogen beroende, vilket innebär att det är initierat av hälso- och sjukvården, är förskrivningen av dessa preparat viktigt i syfte att förebygga ett beroende. En korrekt information i samband med förskrivning är därför centralt och ett medskick till Socialstyrelsen är att detta borde anges i riktlinjerna. En kommentar från en sakkunnig var:

”Förskrivningen av läkemedel kan se olika ut. Det förekommer en slentrianmässig förskrivning på olika håll.”

### *Brukarperspektivet*

De personer som idag går i behandling för läkemedelsberoende önskar att informationen varit tydligare vid förskrivningen av läkemedel. Läkemedel kan vara bra, men ett beroende kan utvecklas snabbt och informationen om detta var bristfällig.

Hur de intervjuade personerna fick sin behandling för läkemedelsberoende såg olika ut. En person beskriver att det var personberoende, att han träffade en läkare som hade läkemedelsberoende som ett specialintresse:

*”Jag gick till vårdcentralen. Där är det mest hyrläkare, man träffar sällan samma läkare. En gång hamnade jag hos en kille som sa att 'det här är ju inte klokt' när jag berättade att jag tagit tabletter sen 70-talet. Då fick jag remiss hit (beroendemottagningen)”*

Kunskaperna inom hälso- och sjukvården om vad ett läkemedelsberoende innebär och vad en nedtrappning kräver beskrivs som bristfälliga. Det kan vara strikt att inte skriva ut något alls, då blir abstinensen mycket svårhanterlig. De intervjuade personerna beskriver att de inte fick tabletter utskrivna under väntetiden till beroendemottagningen och att abstinensen var besvärlig:

*”Det var fruktansvärt. Man sitter och svettas. Det blev stopp från vårdcentralen. Jag ordnade lite själv vid sidan om. De visste på vårdcentralen att jag gått länge på tabletter, ändå skrev de inte ut.”*

*”De skrev inte ut några tabletter under tiden jag väntade. Det tog 6 månader innan jag kom hit (till beroendemottagningen).”*

Nedtrappningen är i regel en lång process. En person säger:

*”Det sägs att lika många år man har varit beroende, lika många månader tar det att trappa ned.”*

De intervjuade personerna fick samtliga sin behandling på centrala länsdelens beroendemottagning. De menar att det idag generellt saknas kunskaper och förutsättningar för primärvården att behandla nedtrappning av läkemedelsberoende. De önskar också att primärvården i högre omfattning konsulterade den specialiserade vården och att samordningen mellan primärvård och specialistvård förbättrades.

### **Anhörigperspektivet**

Läkemedelsförskrivningen kritiserades dels för att informationen kring vad läkemedel innebär ofta var bristfällig och dels förankringen i användandet. Dessutom ansåg de att vissa läkemedel skrevs ut för lättvindigt och att det var för mycket fokus på läkemedel i förhållande till samtalsstöd. En kvinna beskriver:

*”Psykiatrin borde erbjuda mer alternativ vård. Människan består av kropp, ande och själ. De behandlar bara själen med piller. De borde ordinera friskvård. Och den andliga biten – människor behöver gemenskap och träffa andra. När man varit på psykiatrin – att då komma hem till en etta med en burk tabletter. De borde se till hela människan.”*

## **Bedömnings- och screeninginstrument**

### **Socialstyrelsens rekommendationer**

Olika bedömningsinstrument kan användas som en del i ett beslutsunderlag. Med bedömningsinstrument avses ett formulär med fastställda frågor. Socialstyrelsen skriver att



screeninginstrument av detta slag ger förutsättningar för att kvalitetssäkra likartade bedömningar, möjliggör uppföljningar och fungerar som informationsunderlag till patienten.

*”Kvalitetssäkrade och standardiserade instrument innebär att bedömningen blir likartad oberoende av var man söker hjälp.”<sup>25</sup>*

AUDIT (alcohol use disorders identification test) är ett självskattningsinstrument för att bedöma om problem med alkohol förekommer. DUDIT (drug use disorders identification test) är utvecklat som ett parallellinstrument till AUDIT, med syftet att bedöma om problem med narkotika och läkemedel förekommer.

Rekommendationerna anger:

*Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör:*

- använda AUDIT för att identifiera alkoholproblem (*prioritet 1*)
- använda DUDIT för att identifiera narkotikaproblem (*prioritet 3*).

### ***Nuläge i Östergötland***

Ansvaret för att uppmärksamma alkohol- och narkotikaproblem ligger hos hela hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Metoderna för hur och när dessa bedömningsinstrument ska användas varierar och det är svårt att bedöma omfattningen av användandet, både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Alkohol- och narkotikaproblem är viktigt att uppmärksamma hos gravida kvinnor. Förutsättningarna hos mödravårdscentralerna att utföra screening är goda och detta görs på i princip samtliga kvinnor som söker sig dit.

Inom primärvården skiljer sig metodiken åt i arbetet att kartlägga alkohol- och narkotikaproblem. Vid en årlig uppföljning ställdes frågan om arbete med screening och bedömningsinstrument vilken visar att knappt två tredjedelar av vårdcentralerna (64 procent) gör en metodisk screening av alkoholproblem. Dessa siffror ska dock ses som en indikation i att arbetet ser olika ut.

### ***GAP***

- Omfattningen av användandet av AUDIT och DUDIT kan vara högre
- Behov av breddad kunskap och kompetensutveckling.
- Ingen enhetlig metodik för användandet.

### ***Kommentarer från workshops***

Ett problem är att hitta de som bedömningsinstrumenten ska användas på. Det finns ingen evidens för hur man identifierar dem. Det anges inte heller i riktlinjerna för missbruks- och beroendevård och inte heller i riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Det saknas i

---

<sup>25</sup> Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – preliminär version*, s.20

riktlinjerna rekommendationer för det förebyggande perspektivet och hur man erbjuder stöd för personer i riskbruk.

Det är vanligt att svaren på frågan om alkoholkonsumtion inte är ärlig. Däremot kan det fylla en funktion i sig att ställa frågan eller låta patienter fylla i frågor eller svara i en hälsodator då det kan få patienten att själv reflektera över sin konsumtion. Det finns många fördelar med att fylla i frågor i en dator motsvarande. En intressant utveckling är internetbehandling som finns för bland annat lätt och medelsvår depression. Kanske även detta skulle kunna vara en behandlingsform framöver vid riskbruk eller beroende?

Inom detta område uttrycks ett behov av kompetensutveckling. Användandet av AUDIT och DUDIT och hur man ställer frågor kring alkohol och narkotika skiljer sig inom hälso- och sjukvården.

Inom primärvården skiljer sig förutsättningarna åt i detta arbete. Några kommentarer på enkätfrågan **Hur ser förutsättningarna ut hos er att arbeta systematiskt med AUDIT för bedömning av alkoholproblematik?** anges nedan:

”Det vore väl inte så svårt. Vi skulle kunna göra som vi gjort med livsstilsfrågorna tidigare, lämna ut AUDIT-enkäter till alla patienter som kommer på planerade besök samt använda vid behov. Alternativt rikta det till personer som söker med psykiatriska symtom. På så sätt skulle man kunna identifiera riskbruk/missbruk. Det svåra blir sedan att motivera till ytterligare behandling/åtg. Det saknas evidensbaserade metoder för att öka patientens motivation att arbeta med sitt alkoholproblem.”

”Visst kan vi arbeta med detta verktyg, bara tid/pengar avsätts för utbildning, införande samt det fortlöpande arbetet!”

”Vi kan arbeta systematiskt med audit”

”Vi i primärvården får succesivt till oss nya uppdrag utan extra resurser. Bortsett från detta vill jag beskriva att vi jobbar enbart med hyrläkare vilket är en kostsam historia som kräver produktion. Så att systematiskt jobba med Audit utan extra tillskott blir svårt.”

### ***Brukar/anhörigperspektivet***

Frågor om AUDIT och DUDIT ställdes inte direkt till intervjupersonerna. Däremot lyftes tidiga insatser och om de intervjuade personerna fick frågan om sin beroendeproblematik i ett tidigt skede. Det flesta intervjupersoner beskriver att de inte fått frågan. Några beskriver att alkoholkonsumtion har tagits upp i ett tidigt skede, men att det är vanligt att både man själv som patient eller vårdpersonal kopplar eventuella problem till alkohol- eller drogkonsumtion. En kvinna säger:

*”Jag fick ingen hjälp för alkoholen. Jag sökte inte hjälp för det, jag sökte för alla andra sjukdomar. Men om någon sagt att jag hade alkoholproblem hade jag förstått mitt problem. Det var egentligen den hjälpen jag sökte.”*

## **Organisatoriska och ekonomiska konsekvenser**

### ***Ur Socialstyrelsens rekommendationer***

Socialstyrelsen skriver att rekommendationerna innebär generellt ökade kostnader inledningsvis men förväntas på sikt innebära mer effektiva åtgärder och därmed på sikt en återgång till nuvarande nivåer. Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna kommer att kräva förändringar i fråga om

- Samverkan
- Utbildning och fortbildning
- Resurser för att fler ska få tillgång till de rekommenderade åtgärderna.

### ***Nuläge i Östergötland***

Det är svårt att förutsäga vilka organisatoriska och ekonomiska konsekvenser riktlinjerna kommer att medföra. För närvarande tillhandahålls inte KBT-kompetens i den utsträckning rekommendationerna anger. Den generella kunskapsnivån behöver öka på hela detta område, i synnerhet läkemedelsberoende. Idag ingår inte detta område i flera utbildningsprogram.

### ***GAP***

- Kompetensbrist läkare, psykologer och sjuksköterskor. Området finns inte i utbildningar för läkare, sjuksköterskor och socionomer med flera vilket medför kompetensbrist.
- Tillgång till KBT-kompetens behöver öka.
- Resurser för kunskapsutveckling och utbildningsinsatser (läkemedelsberoende, bedömningsinstrument, KBT) och organisering för att tillämpa riktlinjerna kommer att behövas.
- Ambitionen att nå fler till sjukvården kräver en mer omfattande verksamhet.

### ***Resultat från workshop***

En iakttagelse är att många professioner (t.ex. sjuksköterskor, läkare, socionomer) inom området saknar grundläggande kursmoment runt missbruk/beroende i sina grundutbildningar. De nationella riktlinjerna ses som ett led i implementering av evidensbaserad praktik inom missbruks- och beroendevården. En av grundpelarna inom den evidensbaserade praktiken är de professionellas erfarenhet och kunskap. Hur främjar detta den evidensbaserade praktiken när t.ex. en allmänläkare på en vårdcentral eller en socionom på ett socialkontor – där man inte arbetar specifikt med missbruk/beroende – saknar grundläggande kunskaper inom området? Ett antal åtgärder och rekommendationer berör, eller kan beröra, hälso- och sjukvården i sin helhet. De nya rekommendationerna innebär ett behov av en generell kompetenshöjning.

Resurser för nödvändiga utbildningsinsatser och eventuella rekryteringsbehov behövs. I synnerhet berör detta primärvårdens roll och exempel på områden där utbildningsinsatser efterfrågas är läkemedelsberoende och bedömnings- och screeninginstrument. Om primärvården ska ha förutsättningar att bedriva en likvärdig vård över länet behövs detta.

Nationella riktlinjer omvandlas vanligen i lokala vårdprogram och vårdprocessprogram som syftar till att förtydliga befintliga riktlinjer, ange regionalt arbetssätt och beskriva ansvarsfördelningen. I de workshops som hållits har det framkommit att det har varit svårt att säkra en bred delaktighet i framtagandet av dessa dokument vilket påverkat legitimiteten för dem. Som konsekvens blir också utfallet av hur vården organiseras och tillämpas ojämnt i

länet. Vidare finns skilda uppfattningar inom hälso- och sjukvården kring ansvarsnivå för olika behandlingar. En framgångsfaktor i utformandet av vårdprogram som beskrivs är att de är överskådligt skrivna och har bred delaktighet i framtagandet.

### ***Brukarperspektivet***

I brukardialogberedningens intervjuer ställdes frågan hur de intervjuade bedömde att kunskapsnivån var generellt inom hälso- och sjukvården. De områden där kunskapsbrist angavs var nättdroger, läkemedelsberoende och psykosocialt stöd.

Bland anhöriga angavs att KBT-stöd önskades, både för den som är sjuk i ett beroende och för anhöriga.

## **Behandling av ungdomar**

### ***Socialstyrelsens rekommendationer***

Socialstyrelsen beskriver att vanliga risker vid missbruk och beroende av alkohol eller narkotika i ungdomsåren är försämrad skolgång, antisociala och kriminella aktiviteter och minskande av sociala aktiviteter samt psykiska besvär. Vidare beskrivs att ungdomar inte svarar på insatser och behandlingsmetoder som är utvecklade för vuxna. Med ungdomar avses personer i åldern 12 – 18 år men detta ska inte ses som en strikt åldersgräns.

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda psykosociala insatser i form av korta insatser och motivationshöjande behandling i kombination med KBT (*prioritet 3*) och familjebehandling (*prioritet 3*).

### ***Nuläge i Östergötland***

I Östergötland upprättas mottagningar för unga i de tre länsdelarna. Moa-mottagningen i den östra länsdelen riktar sig till unga personer upp till 26 år och inrättandet sker i samverkan med Norrköpings kommun. Mini-Maria i den centrala länsdelen upprättas i samverkan med Linköpings kommun och riktar sig till personer mellan 13 – 20 år. I den västra länsdelen pågår arbete att upprätta en mottagning för unga. På dessa mottagningar bedrivs både psykosocialt stöd till ungdomar och familjebehandling.

### ***GAP***

- Bara två kommuner i länet kan erbjuda de rekommenderade behandlingsmetoderna.
- Rekommenderade metoder är mycket kostsamma vilket blir än mer kännbart för mindre kommuner. Detta kräver samverkan mellan kommunerna.

### ***Resultat från workshop***

Från kommunerna diskuterades hur man bör förhålla sig till metoderna med fokus på familjeprogram som är mycket dyra metoder. Dessa behandlingsmetoder som riktlinjerna förespråkar tillhandahålls av privata utförare och är kostsamma. För små kommuner blir det inte möjligt att tillhandahålla alla rekommenderade insatser. Det är därför viktigt att det sker en samverkan kring detta mellan kommunerna och samt med landstinget.

### ***Brukarperspektivet:***

I brukardialogberedningens arbete intervjuades inga ungdomar. Men flera intervjupersoner beskriver sin egen situation som ung. De beskriver vikten av att involvera föräldrar i förebyggande syfte. Även vid behandling är familjens delaktighet viktig. BUP:s roll lyftes också som viktig i arbetet med ungdomar. En kvinna är kritisk till att BUP inte erbjöd bättre stöd när hon var ung:

*”BUP har rena sandlådefasonerna, det funkar inte. Det är bara löjligt. När jag gick dit som barn tog de bara på ytan, de gick aldrig in på djupet. Jag var ett par månader på BUP, jag har inte så mycket minnen av det. Enda gången jag fick hjälp som hjälpte var när jag var hos en privat psykolog.”*

Vikten av att uppmärksamma ungdomar med problem i skolan lyftes. En man säger:

*”När jag gick i skolan, där borde de kunnat fånga upp. Om man har mycket frånvaro och betygen sjunker, då skulle det kunna göras något.”*

## Övriga frågeställningar

I detta kapitel genomgås områden där rekommendationer saknas men där behov av riktlinjer har identifierats.

### **Kvinnor med beroendesjukdom**

Personer med beroendeproblematik är en heterogen grupp och bland kvinnor med beroende finns både personer som är etablerade i samhället och kvinnor som lever i utsatthet. För kvinnor i utsatthet är bland annat våld i nära relation vanligt förekommande. Statistik över hur många som är i den situationen saknas. Forskningsunderlaget för behandling, tidig upptäckt och stöd till kvinnor med beroende är knapphändigt.

#### *Socialstyrelsens rekommendationer*

Rekommendationer kring kvinnors behov och förutsättningar saknas på grund av bristande evidens.

#### *Kommentar från workshops*

Mörkertalet av kvinnor med beroendeproblematik som inte kommer till socialtjänstens eller hälso- och sjukvårdens kännedom är sannolikt högre än motsvarande mörkertal bland män. Sakkunniga saknar rekommendationer kring om kvinnors behov av behandling skiljer sig från mäns behov av behandling. Likaså saknas rekommendationer kring bemötandefrågor, exempelvis utifrån HBQT och etnisk bakgrund.

#### *Brukarperspektivet*

Bland några av de kvinnor som intervjuades med beroendeproblematik förekom våld i nära relation och även en utsatt situation i andra sammanhang. De menar att kunskaperna om utsatthet av detta slag har brustit och att det är viktigt att uppmärksamma detta. I detta sammanhang skulle också polisen kunna ha en roll i samverkan med hälso- och sjukvården och omsorgen. Att få professionellt samtalsstöd i den utsatta situationen efterfrågas. Det har också beskrivits att en del behandling är mer anpassad för män.

*”Det var, som jag uppfattade det då, bara en massa karlar som satt och pratade fotboll. Och personalen pratade också bara fotboll. Ja, det var i alla fall så jag uppfattade det då.”*

### **Blandmissbruk och nättdroger**

En stor andel av patienter med beroendeproblem har ett blandmissbruk och användande av nättdroger blir vanligare och vanligare. Ändå saknas det mycket forskning inom detta område.

#### *Socialstyrelsens rekommendationer:*

Rekommendationer för blandmissbruk saknas på grund av bristande evidens.

#### *Kommentarer från workshops*

Riktlinjerna är inte designade för blandmissbruk och inga nätdroger belyses. Behov av just detta finns i verksamheterna.

Områden som blandmissbruk och nätdroger är vanliga och påverkar medarbetarnas vardag. Evidens saknas för dessa områden men en återkommande metod som anges för andra områden är KBT. Vid det regionala seminariet kring de nationella riktlinjerna ställdes frågan till Socialstyrelsens representanter om nuläget i forskningen kring blandmissbruk. Svaret blev att KBT var en tillämplig behandlingsmetod för flera olika typer missbruk, även blandmissbruk, men att det inte fanns tillräckligt med forskning för att säga i vilken grad de var effektiva. Inom andra områden, som till exempel behandling av depression, finns också forskning som ger stöd åt internetbehandling med KBT. Behovet av att tillhandahålla KBT-kompetens kommer därför sannolikt att vara stort.

### ***Brukar/anhörigperspektivet***

Internet är ett vanligt sätt att skaffa droger på. En del av de intervjuade personerna använder nätdroger och håller sig uppdaterade på vilka substanser som är lagliga respektive olagliga. Kunskaperna inom hälso- och sjukvården kring nätdroger beskrivs som bristfälliga men att det också är svårt att veta vad det är för substanser som finns i nätdroger. En person beskriver:

*”Idag är det mycket mer kring mdpv. Nu får man jättemycket frågor om mdpv. Det är så med internetdroger, man vet inte vad man tar. Svårt för sjukvården också. Det som inte är narkotikaklassat, det är nya saker hela tiden.”*

# Referenser

## Litteratur

Landstinget i Östergötland, *Vårdprogram läkemedel*  
SOU 2011/36, *Bättre insatser vid missbruk och beroende*  
Socialstyrelsen 2014, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 –  
preliminär version*  
Vårddatalagret, Landstinget i Östergötland

## Källor från Internet

Statistiska centralbyrån, [www.scb.se](http://www.scb.se)

Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN), [www.can.se](http://www.can.se)

## Projektledare Från kunskap till praktik

Thomas Albrecht, Linköpings kommun  
Therese Johansson, Motala kommun

## Referenspersoner

Ursula Thienemann, verksamhetschef beroendekliniken NSÖ  
Malin Nordlander, enhetschef beroendemottagningen NSV  
Ann Lindberg, sjuksköterska NiF  
Najla Saifi, Cityhälsan Söder  
Karin Mossberg, verksamhetschef psykiatrin NSÖ  
Lotta Drotz, enhetschef psykiatrin NSÖ  
Daniel Nahlbom, enhetschef psykiatrin NSÖ  
Åsa Maxeby, Cityhälsan Söder  
Kenth Fredriksson, Hälso- och sjukvårdsgruppen



## **Bilaga 1 – Behovsanalys del 1, sammanfattning**

Beroendeproblematik inom något av områdena alkohol, narkotika, läkemedel eller dopning är vanligt förekommande. Alkoholproblematik är vanligast där ungefär 5 procent av befolkningen uppfyller två eller fler beroendekriterier och där 13 procent anger minst ett riskabelt alkoholbruk. Även läkemedelsberoende är vanligt med uppskattningar mellan 5 till 20 procent av befolkningen beroende på ålder. Narkotikaproblematiken är föränderlig där nädroger för närvarande är en utmaning då det fått spridning i Östergötland. Dopning är det minst utforskade området där också en mindre andel uppskattas missbruka detta. Brukardialogberedningens resultat visar på en nöjdhet med det stöd och hjälp som beroendeklinikerna och den kommunala omsorgen erbjuder. Samtidigt är den egna motivationen den viktigaste faktorn för att behandlingen ska lyckas. Detta visar att det finns effektiva behandlingsmetoder och ett professionellt bemötande. Det bör dock påpekas att de som intervjuats varit långt gångna i sin behandling eller färdigbehandlade och haft en god motivation. Således är det många individer som kan vara i behov beroendevård vars åsikter inte blivit framförda.

Organisation och struktur skiljer sig delvis mellan beroendeklinikerna och mellan vårdcentralerna. På vilken vårdnivå behandlingar för olika patientgrupper sker skiljer sig över länet. Även kommunal handläggning kan ha vissa skillnader för behovsgruppen. Detta innebär inte automatiskt att kvaliteten på vård och omsorg påverkas, men för individer med en beroendeproblematik kan hanteringen skilja sig beroende på var man bor.

Det är en utmaning att nå individer med en missbruks- eller beroendeproblematik som inte kommer till hälso- och sjukvårdens kännedom. Uppdrag för screening och stöd vid riskbruk finns inom primärvården och kvinnoklinikerna. Vårdcentralernas arbete med att screena och följa upp individer med ett riskbruk skiljer sig åt. Omkring två tredjedelar av länets vårdcentraler uppger att de har ett systematiskt arbetssätt med riskbruk. Detta är ett svårt område att arbeta med som har en utvecklingspotential och sannolikt finns ett stort mörkertal av personer med riskbruk som inte identifieras. Inom mödravården är förutsättningarna för arbete med riskbruk bättre och 9 av 10 gravida kvinnor screenas.

Trender tyder på att alkoholrelaterade problem ökar bland äldre men minskar bland yngre. Fortfarande är emellertid ålderskategorin 18 – 25 år den grupp som dricker mest alkohol och det är viktigt med verksamhet som fokuserar på unga och unga vuxna. Detta motiverar den satsning på en specialiserad ungdomsmottagning för personer upp till 26 år som gjorts inom landstinget. Den ökade alkoholproblematiken bland äldre kommer på sikt att innebära en förhållandevis ny målgrupp för hälso- och sjukvården med särskilda utmaningar.

### **Brukardialogberedningens resultat**

Brukardialogberedning 5 har genomfört tio fokusgruppintervjuer och träffat 30 intervjupersoner. Intervjupersonerna har kommit från hela länet och haft en beroendeproblematik av antingen alkohol, narkotika, läkemedel eller en blandning av substanser.

Generellt är intervjupersonerna nöjda med beroendevården och många tycker att de fått ett bra stöd och hjälp för sin beroendeproblematik. Den egna motivationen är emellertid avgörande för att behandlingen ska lyckas.

De som har erfarenhet av samverkan mellan kommun och landsting anser att den fungerar bra. En snabb process beskrivs som viktigt. Att kommun och landsting har ett nära samarbete beskrivs som positivt och något som kan göra en process skyndsam. Integrerad verksamhet med gemensamma lokaler mellan kommun och landsting beskrivs av flera som fördelaktigt.

Upplevelsen av den övriga hälso- och sjukvården varierar. En del är nöjda och tycker att det fungerar bra. Andra är missnöjda och menar att de inte alltid får rätt insatser på grund av okunskap kring vad deras beroendeproblematik innebär. Det kan till exempel finnas en överdriven rädsla att förskriva läkemedel. Många menar att den övriga sjukvården borde konsultera beroendevården i högre utsträckning.

En grupp som skiljer sig är personer med en bakgrund av läkemedelsberoende. Av de som intervjuats har beroendet för samtliga startat genom hälso- och sjukvårdens förskrivning av läkemedel. Intervjupersonerna är kritiska till detta och menar att förskrivningen borde reglerats bättre.

Det är vanligt att intervjupersonerna känt rädsla eller motstånd för myndigheter. För en del har beroendet upplevts som skambelagt. I det här sammanhanget fyller ideella organisationer en viktig betydelse och några beskriver att det varit lättare att ha kontakt med dem till att börja med. Dock har de flesta genomgående beskrivit att det varit positivt när man väl fått kontakt med beroendevården.

Hälsan beskrivs av de flesta som bra. Gemensamt för de flesta har också varit att motivationen till att sluta och förbli drogfri är hög samt att det finns en stor medvetenhet om risken för återfall.