

Bättre insatser vid missbruk och beroende

Individen, kunskapen och ansvaret

Slutbetänkande av Missbruksutredningen

Stockholm 2011



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2011:35

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.

Omslag: Typisk Form

Tryckt av Elanders Sverige AB.
Stockholm 2011

ISBN 978-91-38-23571-3
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Maria Larsson

Regeringen beslutade den 24 april 2008 om direktiv och att tillsätta en särskild utredare för att göra en översyn av den samlade svenska missbruks- och beroendevården (dir. 2008:48)¹. Till särskild utredare förordnade regeringen den 18 augusti 2008 Gerhard Larsson².

Genom tilläggsdirektiv (dir. 2010:120) beslutade regeringen den 4 november 2010 att uppdraget skulle redovisas senast den 15 april 2011.

Som huvudsekreterare i utredningen förordnades den 1 mars 2009 kanslichef, fil. dr Hans Wiklund. Från den 1 september 2008 till den 28 februari 2010 arbetade jur. kand. Dina Jacobson som utredningssekreterare. Från den 1 september 2008 till den 28 februari 2009 arbetade Leif Jacobson som utredningssekreterare. Från den 15 september 2008 till den 31 december 2010 arbetade överläkare, docent Mikael Sandlund heltid som utredningssekreterare. Från den 1 januari 2010 arbetade före detta lagman Lars Grönwall som utredningssekreterare. Därutöver har sekretariatet under kortare tider haft viss kompletterande bemanning.

Äldre- och folkhälsoministern förordnade den 27 oktober 2008 13 experter att bistå utredningen (se bilaga 3). Den särskilde utredaren har tillkallat en referensgrupp med 14 forskare, en referensgrupp med ett knappt trettiotal brukar- och anhörigorganisationer, samt en referensgrupp med ett tiotal yrkesföreträdare (se bilaga 4).

Utredningen publicerade i januari 2010 promemorian *Bättre vård och stöd för individen – om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården*. Den remissbehandlades inom utredningen och det 75-tal svar som inkom har sammanställts.

¹Se närmare kapitel 1 och bilaga 1.

²Gerhard Larsson har en bakgrund som statssekreterare, 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.

Utredningen överlämnade i januari 2011 delbetänkandet *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6) med vetenskapliga underlag.

Utredningen avser även att separat publicera en internationell översikt av missbruks- och beroendevården i andra länder.

Utredningen har antagit namnet Missbruksutredningen.

Utredningen överlämnar slutbetänkandet *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individiden, kunskapen och ansvaret* (SOU 2011:35). Betänkandet består av två volymer. Denna volym innehåller utredningens förslag. Volym 2 innehåller utredningens analys.

Uppdraget är härmed slutfört.

Stockholm i april 2011

Gerhard Larsson

/ Hans Wiklund
Mikael Sandlund
Lars Grönwall

Innehåll

Volym 1 av 2

Förkortningar	15
Sammanfattning	17
Författningsförslag	41
1 Uppdrag, arbetsprocess och inriktning	73
1.1 Uppdraget.....	73
1.2 Sekretariat, experter och referensgrupper	74
1.3 Utredningens arbetsprocess.....	75
1.3.1 Från analys till förslag	75
1.3.2 Kartläggningar och internationell översikt	76
1.3.3 Diskussionspromemoria och remissvar	76
1.3.4 Forskningsbilagan.....	77
1.4 Avsiktsförklaring	77
1.5 Tio motiv för en reform	78
1.6 Åtta reformområden med 70 förslag	78
1.7 Finansiering och genomförande	79

2	Tidig upptäckt och intervention.....	81
2.1	Mer tidiga insatser.....	81
2.1.1	Omfattande dolt missbruk.....	81
2.1.2	Effektiv insats.....	82
2.1.3	Låg ambitionsnivå.....	84
2.1.4	Flera viktiga aktörer.....	85
2.1.5	Höjd ambitionsnivå.....	86
2.2	Rådgivning.....	88
2.3	Häso- och sjukvården.....	88
2.3.1	Tydligare skyldighet för landstinget.....	89
2.3.2	Program för primärvården.....	89
2.3.3	Behandling och hänvisning av komplicerade fall.....	90
2.3.4	Mödra- och barnhälsovården.....	91
2.3.5	Fortbildning av primärvårdsläkare.....	93
2.4	Socialtjänsten.....	94
2.4.1	Tydligare skyldighet för kommunen.....	94
2.4.2	Program för det sociala arbetet.....	95
2.4.3	Hänvisning när kort intervention är otillräcklig.....	96
2.5	Företagshälsovården.....	96
2.5.1	Vidareutvecklad företagshälsovård.....	97
2.5.2	Underrapportering av missbruk och beroende som sjukskrivningsorsak.....	97
2.5.3	Statens styrning av företagshälsovården.....	99
2.5.4	Utveckling av företagshälsovårdens roll.....	99
2.6	Elevhälsan.....	100
2.6.1	Första kontakten med alkohol och droger.....	100
2.6.2	Skolhuvudmännens ansvar för elevhälsan.....	100
2.6.3	Satsning på förstärkt elevhälsa.....	101
2.6.4	Utveckling av elevhälsans roll.....	101
2.7	Studenthälsan.....	101
2.7.1	Studenter en högriskgrupp.....	102
2.7.2	Högskolornas ansvar för studenthälsovård.....	102
2.7.3	Utveckling av studenthälsans roll.....	103
2.8	Självhjälp via Internet och telefon.....	103
2.9	Den ideella sektorn och kamratstöd.....	105

3	Tydligare ansvar för effektivare vård	107
3.1	Tydligare ansvar och förstärkta krav på samverkan	107
3.1.1	Otydlighet om kommunens och landstingets ansvar	107
3.1.2	Olika missbrukssubstanser, olika ansvar i praktiken	108
3.1.3	Otydligt ansvar drabbar individen	109
3.1.4	Bristande och ojämlig tillgänglighet	110
3.1.5	Små kommuner har ofta ett begränsat vårdutbud	111
3.1.6	Svag samordning, bristande kontinuitet.....	111
3.1.7	Ineffektivitet i vården.....	112
3.1.8	Lagstiftningen i otakt med vårdens utveckling.....	113
3.1.9	Onormal ansvarsfördelning	115
3.1.10	Den internationella utvecklingen	116
3.1.11	Kända ansvarsproblem, tidigare lösningar otillräckliga.....	117
3.1.12	Kommunernas och landstingens ansvar ska lagregleras.....	118
3.2	Inte bara alkohol och narkotika, utan även läkemedel och dopningsmedel.....	120
3.2.1	Nuvarande lagstiftning och styrdokument	120
3.2.2	Förändrad missbrukssituation	121
3.2.3	Vårdutbudet möter inte de nya behoven.....	121
3.2.4	Vårdens målgrupp ska tydliggöras.....	122
3.3	Tillnyktringsverksamhet.....	122
3.3.1	Otydligt ansvar	122
3.3.2	Brist på tillnyktringsverksamhet.....	123
3.3.3	Omhändertagna enligt LOB	124
3.3.4	Landstinget ska ansvara för tillnyktringsverksamhet	124
3.4	Abstinensvård.....	126
3.4.1	Ansvar och tillgänglighet	126
3.4.2	Två avsteg från den normala ansvarsfördelningen....	127
3.4.3	Landstinget ska ansvara för abstinensvård	128
3.5	Behandling.....	128
3.5.1	Delat, delvis otydligt ansvar	128
3.5.2	Fördelar med att samla behandlingsansvaret	129

3.5.3	Fördelar med att samla behandlingsansvaret hos landstinget	132
3.5.4	Landstinget ska ansvara för behandling	138
3.6	Psykosocialt stöd och annat stöd	141
3.6.1	Tydligt ansvar i dag	141
3.6.2	Bristande samordning av stöd och behandling	142
3.6.3	Kommunen ska ansvara för stöd	142
3.7	Utredning, bedömning, planering, uppföljning	143
3.7.1	Parallellt ansvar	143
3.7.2	Svag samordning skapar problem	144
3.7.3	Behovet av tvärprofessionell utredning	145
3.7.4	Bedömning av två självständiga huvudmän	146
3.7.5	Kommunen ska ansvara för individuell plan	146
3.8	Möjlighet till lokal och regional anpassning	147
3.9	Samarbetsavtal	148
3.9.1	Behov av att reglera vissa förhållanden	148
3.9.2	Landstinget ska ingå samarbetsavtal med kommunerna	149
3.10	Sekretess i vården	150
3.10.1	Gällande regler	150
3.10.2	Sekretessbrytande regler	151
3.10.3	Den inre sekretessen inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten	153
3.10.4	Dokumentation och journalföring	154
3.10.5	Överväganden	154
3.11	Ny lag om missbruks- och beroendevård	159
4	Stärkt ställning för individen	163
4.1	Tillgänglighet, bemötande och inflytande	163
4.2	Förstärkt vårdgaranti	164
4.2.1	Motivation en framgångsfaktor	165
4.2.2	Tidiga insatser mer effektiva	166
4.2.3	Bristande tillgänglighet	167
4.2.4	Bättre samordning av behandling och stöd	168
4.2.5	Nuvarande lagstiftning och vårdgarantier	169
4.2.6	Vårdgarantiernas effekter	171

4.2.7	Förstärkt vårdgaranti.....	172
4.2.8	Uppföljning.....	186
4.3	Bra bemötande	187
4.3.1	Bra bemötande ger bättre behandlingsresultat	187
4.3.2	Alla har samma rätt till bra bemötande	188
4.3.3	Brister i bemötandet	188
4.3.4	Nuvarande lagstiftning	189
4.3.5	Förstärkta krav på bra bemötande.....	190
4.3.6	Fortbildning av personal	192
4.4	Förstärkt brukarinflytande.....	193
4.4.1	Brukarinflytande över missbruks- och beroendevården.....	193
4.4.2	Nationell valfrihetsdatabas.....	198
4.4.3	Personligt ombud	199
4.5	Tillsyn	201
5	Vårdens innehåll, boende och sysselsättning	203
5.1	Målgruppspecifika insatser	204
5.1.1	Mer målgruppspecifika insatser behövs.....	204
5.2	Nya former av missbruk, nya vårdbehov.....	205
5.2.1	Personer med läkemedelsberoende	205
5.2.2	Personer med missbruk av dopningsmedel.....	207
5.3	Andra särskilda målgrupper.....	209
5.3.1	Barn och ungdomar	209
5.3.2	Barn i familjer med missbruksproblem	215
5.3.3	Gravida kvinnor	216
5.3.4	Personer med funktionsnedsättning	218
5.3.5	Äldre personer	220
5.4	Kön och etnicitet	221
5.4.1	Kvinnor och män	221
5.4.2	Personer med utländsk bakgrund.....	223
5.5	Läkemedelsbehandling av beroendesjukdomar.....	224
5.5.1	Mer läkemedelsbehandling vid alkoholberoende.....	226
5.5.2	Läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende	229

5.6	Sprututbytesverksamhet	239
5.6.1	Evidens och internationella rekommendationer	239
5.6.2	Nuvarande lagstiftning	241
5.6.3	Landstingen ska självständigt kunna ansöka om tillstånd	241
5.6.4	De som vistas i landstinget ska kunna delta	244
5.6.5	Personer från 18 år ska kunna delta	245
5.6.6	Behovet av en särskild lag	246
5.7	Boende	247
5.7.1	Utgångspunkter	247
5.7.2	Evidens och praktiska exempel	248
5.7.3	Brist på boende	249
5.7.4	Kommunen bör prioritera stöd till boende	249
5.8	Sysselsättning	250
5.8.1	Kommunens aktivitetsåtgärder	250
6	Bättre kvalitet, kunskap och kompetens	253
6.1	Auktorisation och kvalitetsregister	253
6.1.1	Auktorisation	253
6.1.2	Nationellt kvalitetsregister inom missbruksområdet	262
6.2	Kunskap om missbrukssituationen	264
6.2.1	Nationell bild av alkohol- och droganvändningen	265
6.2.2	Officiell bedömning av missbrukssituationen i Sverige	266
6.2.3	Nationell alkohol- och drogundersökning	269
6.2.4	Fördjupad epidemiologisk studie	271
6.3	Förstärkt forskning och kunskapsspridning	273
6.3.1	Nationellt institut för behandlingsforskning	273
6.3.2	Nationella forskarskolor	278
6.3.3	Kompetenscentrum läkemedelsberoende	280
6.3.4	Kompetenscentrum dopningsmedelsmissbruk	283
6.4	Utbildning för högre kompetens	285
6.4.1	Grundutbildning för baspersonal inom missbruks- och beroendevården	286
6.4.2	Grundutbildningar vid universitet och högskola	290
6.4.3	Yrkesspecifika specialistutbildningar	291

7	Vård utan samtycke	295
7.1	Vård med och utan samtycke	296
7.1.1	Principerna för missbruks- och beroendevården.....	297
7.1.2	Livräddande och rehabiliterande insatser	299
7.1.3	Utredningens slutsatser om principerna för vård utan samtycke	301
7.2	Bättre behandlingsinnehåll, kortare tvångstider och en rättssäker vård	303
7.2.1	Bättre behandlingsinnehåll.....	303
7.2.2	Vård utan samtycke inom öppen vård.....	304
7.2.3	En mer rättssäker vård.....	305
7.3	Utredningens överväganden och förslag	306
7.3.1	Två parallella tvångslagar ger fortsatt rättsosäkerhet.....	306
7.3.2	Lagstiftningen om vård utan samtycke bör integreras	307
7.3.3	Närmare skäl för en integrering.....	308
7.3.4	Skyddet för det ofödda barnet.....	313
7.3.5	Socialtjänstens ansvar och gränsdragningen mot LVU	314
7.4	LPT behöver förtydligas	316
7.5	LPT bör kompletteras.....	321
7.6	Kompetensen inom LPT-vården behöver förstärkas.....	323
7.7	Organisatoriska konsekvenser och uppföljning	325
7.7.1	Organisatoriska förändringar.....	325
7.7.2	Reformens uppföljning	326
8	Polisens och kriminalvårdens roll vid missbruk	329
8.1	Bättre omvårdnad av omhändertagna enligt LOB	329
8.1.1	Nuvarande ordning.....	329
8.1.2	Tillnyktring under medicinsk övervakning.....	331
8.1.3	Huvudansvaret bör ligga hos landstinget.....	332
8.1.4	Tillnyktring hos polis och kriminalvård i undantagsfall	333

8.2	Ändring i polislagen (1984:387)	335
8.2.1	Framställan	335
8.2.2	Skelleftemodellen.....	335
8.2.3	Rättsliga förutsättningar.....	337
8.2.4	Bedömning	338
8.3	Vård i stället för straff.....	338
8.3.1	Åtalsunderlåtelse, straffmätning och val av påföljd	339
8.3.2	Om överlämnande till särskild vård i vissa fall.....	340
8.3.3	Några slutsatser.....	340
8.4	Kriminalvården och missbruket	341
8.4.1	Mer behandling i kriminalvården	341
8.4.2	Kriminalvårdens ansvar för behandling	343
8.4.3	Förstärkt vårdgaranti	345
8.4.4	Bättre kontinuitet i vård och behandling.....	346
8.4.5	Fördjupad samverkan mellan kriminalvården och landstingen	347
8.4.6	Auktorisation av behandling vid HVB	349
9	Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen.....	351
9.1	Underlätta bibehållen anställning.....	351
9.1.1	Kommunen ska bistå arbetsgivarna med information och råd	351
9.1.2	Förebyggande och tidiga insatser via Företagshälsovården	353
9.2	Statens arbetsmarknadspolitiska åtgärder.....	355
9.2.1	Bristande tillgänglighet	356
9.2.2	Fler särskilda insatser för personer med missbruk eller beroende	357
9.3	Förändringar inom socialförsäkringen.....	358
9.3.1	Utvidgad användning av det särskilda högriskskyddet inom sjukförsäkringen	358
9.3.2	Ersättning till den som saknar SGI.....	360
9.3.3	Få sjukskrivs på grund av beroende	362
9.3.4	Beroendeproblematik bör bättre framgå i underlag för sjukskrivning.....	363

10	Finansiering, genomförande, konsekvenser	367
10.1	Utgångspunkter	367
10.2	Finansiering och genomförande	367
10.2.1	Tre finansieringsmekanismer	367
10.2.2	Överföring av vissa uppgifter från kommunerna till landstingen.....	368
10.2.3	Nationell samordnare för missbruks- och beroendevård.....	376
10.2.4	Kommunalekonomisk utjämning	377
10.2.5	Utökat åtagande för kommunsektorn.....	378
10.2.6	Nya statliga uppgifter.....	385
10.2.7	Summering	391
10.3	Konsekvenser	393
10.3.1	Kommittéförordningen.....	393
10.3.2	Ekonomiska konsekvenser.....	394
10.3.3	Den kommunala självstyrelsen	399
10.3.4	Brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet.....	401
10.3.5	Sysselsättning och offentlig service i hela landet.....	402
10.3.6	Konsekvenser för små företag	403
10.3.7	Jämställdhet.....	404
10.3.8	Integration	404
10.3.9	Personlig integritet	405
11	Författningskommentar	407
12	Följändringar i andra författningar	433
Bilagor		
<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv Dir. 2008:48	461
<i>Bilaga 2</i>	Tilläggsdirektiv Dir. 2010:120.....	473
<i>Bilaga 3</i>	Expertgrupp	475
<i>Bilaga 4</i>	Referensgrupper.....	477
<i>Bilaga 5</i>	Centrala begrepp.....	479

Innehåll i volym 2

Slutbetänkandet *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individ, kunskap, ansvaret* (SOU 2011:35) består av två delar.

Denna volym innehåller utredningens förslag inklusive författningsförslag, motiv, finansiering och genomförande, konsekvensanalys samt författningskommentarer (kapitel 1 till 12).

Volym 2, med samma SOU-nummer, innehåller utredningens analys av olika relevanta förhållanden som ligger till grund för förslagen. Nedanstående kapitel ingår i volym 2.

- 13 Missbrukets utbredning och konsekvenser i Sverige
 - 14 Statlig styrning och reglering
 - 15 Missbruks- och beroendevården
 - 16 När frivilliga insatser inte räcker till
 - 17 Vård och behandling inom Kriminalvården
 - 18 Omvårdnad av omhändertagna enligt LOB
 - 19 Internationell utblick
 - 20 Tidig upptäckt och kort intervention vid riskbruk
 - 21 Vård och behandling
 - 22 Boende, sysselsättning, ekonomiskt bistånd
 - 23 Insatser för specifika målgrupper
 - 24 Tillgänglighet, vårdgaranti och brukarinflytande
 - 25 Kommunernas och landstingens uppgifter och ansvarsproblem
 - 26 Ansvar för olika målgrupper
 - 27 Ideella sektorns roll och betydelse
 - 28 Arbetsmarknadspolitiska åtgärder, socialförsäkring och missbruk
 - 29 Statistik och kvalitetsregister
 - 30 Kompetens och utbildning
 - 31 Forskning och kunskapsspridning
- Referenser

I det tidigare publicerade delbetänkandet *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6) finns vetenskapliga underlag för utredningens analys och förslag.

Förkortningar

I betänkandet vanliga förkortningar

BrB	Brottsbalken
Dir.	Direktiv
Dnr	Diarienummer
Ds	Departementsserien
DSM-IV	Internationellt diagnosystem
FL	Förvaltningslagen (1986:223)
HSL	Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763)
HVB	Hem för vård eller boende
ICD-10	Internationellt diagnosystem
JO	Justitieombudsmannen
KIM	Nationellt register för klienter i missbruksbehandling
KL	Kommunallagen (1991:900)
LMB	Lag om missbruks- och beroendevård
LOB	Lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.
LPT	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

LVM	Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
Prop.	Proposition
RB	Rättegångsbalken (1942:740)
RPS	Rikspolisstyrelsen
RPSFS	Rikspolisstyrelsens författningssamling
RÅ	Regeringsrättens årsbok
SekrL	Socialförsäkringsbalk
SFS	Svensk författningssamling
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SjLL	Lagen (1991:181) om sjuklön
SoF	Socialtjänstförordningen (2001:937)
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar

Sammanfattning

Utredningens uppdrag

Med målsättningen att skapa en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård som utgår från den enskildes behov ska utredningen 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 uppdraget ingår att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården 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 m.m. (LOB) bör organiseras.

Tyngdpunkten i uppdraget är att:

- Förbättra individens tillgänglighet till rätt insats vid rätt tidpunkt.
- Tydliggöra kommunens och landstingets ansvar för centrala länkar i vård- och stödprocessen, till exempel tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, behandling och stöd.
- Tydliggöra huvudmännens ansvar för olika målgrupper, till exempel personer med riskabel konsumtion och personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom.
- Överväga förändringar av den nuvarande ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen.
- Belysa hur samverkan mellan de två huvudmännen å ena sidan och staten genom Kriminalvården och Statens institutions-

styrelse å den andra sidan kan utvecklas för att klienterna ska kunna erbjudas en adekvat behandling.

- Föreslå hur insatser som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet kan spridas till hela landet.
- Utveckla samspelet mellan insatser med respektive utan samtycke i en sammanhållen vård- och stödprocess.
- Analysera ansvaret för att planera och samordna vården samt följa upp insatsernas effekter och effektivitet.

Utredningen ska överlämna sina förslag till regeringen senast den 15 april 2011.

Arbetsprocessen

Utredningens arbetsprocess från analys till slutliga förslag har organiserats och bedrivits i ett antal steg.

1. Kartläggningar av nuvarande förhållanden i Sverige
2. Internationell översikt
3. Diskussionspromemorian *Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården* med alternativa lösningsförslag, publicerades i januari 2010
4. Analys av 75 remissvar på diskussionspromemorian
5. Delbetänkandet *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6) med vetenskapliga underlag för utredningens förslag, publicerades i januari 2011
6. Detta slutbetänkande *Bättre insatser vid missbruk eller beroende. Individen, kunskapen och ansvaret* (SOU 2011:35) med utredningens förslag och analys, publiceras i april 2011 (2 volymer)

Utredningens analys och förslag till framtida missbruks- och beroendevård i föreliggande slutbetänkande är en produkt av den ovan beskrivna arbetsprocessen.

Utredarens avsiktsförklaring

Utredningens förslag ska syfta till att stärka individens ställning och förbättra tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser för personer med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel, samt för personer som har en riskabel konsumtion. Det är vidare utredningens utgångspunkt att missbruks- och beroendevården ska vara frivillig, i den mening att enskilda ska erbjudas vård, behandling och stöd som de kan samtycka till eller avböja. Vård utan samtycke ska i vissa undantagsfall kunna ingå som en avgränsad del i en sammanhängande vård- och stödprocess.

Tio motiv för en reform

De lagar som reglerar missbruks- och beroendevården tillkom för omkring 30 år sedan. Samhällsutvecklingen, ökad internationell rörlighet, framväxten av nya värderingar, förändringar i missbruksituationen och vårdbehoven, patienternas och klienternas önskemål om vårdens organisering, samt ny kunskap om effektiva behandlings- och stödinsatser motiverar en omprövning av lagstiftningen och en reform av vården.

Utredningen presenterar nedan tio motiv till för en reform.

1. Förändrad missbrukssituation och nya vårdbehov

Missbrukssituationen och därmed vårdbehoven har förändrats. Ursprungligen utformades missbruks- och beroendevården för personer med alkoholproblem. Målgruppen vidgades efter narkotikans intåg på 1960-talet. I samband med detta uppmärksammades behovet av medicinska insatser. Varken läkemedelsberoende eller dopningsmedelsmissbruk var aktuellt när nuvarande lagstiftning tillkom och något uttalat ansvar för behandling av dessa tillstånd finns inte formulerat. Samtidigt visar utredningens skattningar att läkemedelsberoende, efter alkoholberoende, är den vanligaste formen av beroende.

Dryckesvanorna har förändrats, bland annat som en följd av matkulturens utveckling, nya distributionsformer med bag-in-box, mer marknadsföring, förändrade umgängesvanor med after-work,

servering vid idrottsarrangemang, etc. Idag är vin och öl en del av vardagen för flertalet svenskar. Ungdomars experimenterande med nya droger ställer nya krav på vården. Missbruk av dopningsmedel utanför elitidrotten har utvecklats under 1990-talet.

Idag uppgår enligt utredningens skattningar antalet personer med alkoholberoende till 330 000, med tungt narkotikamissbruk till 29 500, med läkemedelsberoende till 65 000 och antalet frekventa användare av dopningsmedel till 10 000. Vid sidan av de inte tidigare uppmärksammade grupperna, läkemedelsberoende och dopningsmedelsmissbruk, har antalet personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika ökat påtagligt.

De tillgängliga vård- och behandlingsinsatserna för de nya målgrupperna är ännu mycket begränsade.

2. Vården når endast en av fem

Det finns ett omfattande dolt missbruk. Av de 330 000 personer som bedöms uppfylla kriterierna för alkoholberoende har cirka 25 000 också en betydande social problematik, till exempel i form av bostads- eller försörjningsproblem.

Många av de 330 000 personerna med alkoholberoende är inte kända inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Förekomst av läkemedelsberoende uppmärksammas allt för sällan inom vården. Vidare tenderar personer med missbruk eller beroende av narkotika eller dopningsmedel att undvika att söka vård på grund av att icke-medicinsk användning av medlen är kriminaliserad.

Utredningen bedömer att vården i dag endast når en av fem med beroendeproblem. Merparten av dem som vården når är personer med social problematik. Den grupp där rådgivnings- och behandlingsinsatser kan ge de största vinsterna är socialt etablerade personer.

3. Vården uppfattas inte som attraktiv

Den svenska missbruks- och beroendevården har sina rötter i fattigvården och har följaktligen traditionellt varit ett ansvar för kommunerna. Även i dag organiseras vården i stor utsträckning med socialtjänsten som bas.

Vårdens vanligaste organisering förefaller stå i konflikt med uppfattningen hos den stora majoriteten personer som behöver

hjälp för missbruks- och beroendeproblem, om var de helst vill söka vård. Forskningsresultat visar att nio av tio personer med missbruk eller beroende helst vill söka hjälp inom hälso- och sjukvården. Endast 5 procent vill helst söka vård inom socialtjänsten.

4. Investeringar i vård minskar skador och kostnader

Det ökande missbruket leder också, utöver lidande för den enskilde och närstående, till allt större samhällsekonomiska kostnader. Missbruket leder till en betydande ohälsa och arbetsförmåga. Det är inte ovanligt att arbetslösa och sjukskrivna har problem med missbruk eller beroende. Varje år uppgår antalet alkohol- och narkotikarelaterade dödsfall till cirka 2 500 i Sverige. Minst 70 procent av klienterna inom kriminalvården har missbruksproblem och de vanligaste brotten som leder till fängelse är missbruksrelaterade, bland annat narkotikabrott, rattfylleri samt tillgrepps- och våldsbrott. Åtta av tio gärningsmän vid misshandel är påverkade av alkohol och droger.

Missbrukets samhällsekonomiska kostnad uppgår, enligt utredningens beräkningar, till cirka 150 miljarder kronor i Sverige. De samhällsekonomiska kostnaderna är nio gånger större än de resurser som kommuner och landsting idag lägger ner på vård, behandling och stöd. Samtidigt visar utredningens undersökningar att investeringar i missbruks- och beroendevård är samhällsekonomiskt lönsamma.

5. Otydligt ansvar drabbar individen och vårdens effektivitet

Den gällande lagstiftningen av missbruks- och beroendevården genom SoL och HSL tillkom för cirka 30 år sedan. Polisens ansvar för omhändertagande av berusade personer enligt LOB reglerades redan 1976. SoL och HSL har karaktären av ramlagar och reglerar endast kommunernas och landstingens ansvar för olika målgrupper och insatser på en övergripande nivå.

Den övergripande regleringen, i kombination med den förändrade missbrukssituationen och vårdens utveckling, har inneburit att olika kommuner och landsting tolkar uppdraget för missbruks- och

beroendevård mycket olika. På några håll i landet står kommunerna för merparten av vården. På andra håll står landstinget för merparten. På flertalet håll råder någon form av delat ansvar för insatserna.

För den enskilde innebär variationerna i faktisk ansvarsfördelning att vård måste sökas hos olika huvudmän, vårdbehov bedömas enligt olika principer, och insatser erbjudas enligt olika lagstiftningar. Inte sällan tvistar kommunerna och landstingen om vem som ska ha ansvar för vad, vilket drabbar den enskilde i behov av hjälp i form av bristande tillgänglighet, samordning eller kontinuitet.

Utöver negativa konsekvenser för den enskilde utgör det otydliga ansvaret också ett hot mot vårdens effekt och effektivitet. Bristande tillgänglighet kan leda till att personens motivation att ta itu med problemet minskar eller att problemet eskalerar, till exempel att missbruket leder till relationsproblem, arbetslöshet eller kriminalitet. Bristande samordning och kontinuitet kan innebära att behandlingsresultatet försämras, till exempel om abstinensvård inte efterföljs av behandling eller om tvångsvård inte efterföljs av frivillig vård.

6. Tillgången på vård är ojämlik

Idag avgörs tillgången på vård i hög grad av i vilken kommun eller i vilket landsting en person med missbruk eller beroende råkar vara bosatt. I vissa kommuner och landsting saknas ett grundläggande utbud av behandlingsinsatser som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. I andra kommuner och landsting finns ett grundläggande utbud, men tillgängligheten är ofta begränsad med långa väntetider.

Riskabel alkohol- och drogkonsumtion kan leda till utveckling av missbruk eller beroende. Tidig upptäckt och kort rådgivning är effektiva insatser som kan förhindra en sådan utveckling, men detta arbete är allt för ofta inte systematiserat eller prioriterat inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

7. Tvångsvården brister i innehåll, form och rättssäkerhet

Tvångsvården av personer med missbruk eller beroende enligt LVM uppvisar allvarliga brister. Behandlingsinnehållet är för begränsat, formen för inflexibel och kopplingen till efterföljande frivilliga insatser hos hemkommun eller landsting för svag. Personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom har särskilt svårt att få tillgång till adekvat vård.

Vidare är tvångsvårdens tillämpning rättsosäker. Detta avspeglas i stora variationer i användningen av tvångsvård enligt LVM mellan landets kommuner som inte kan förklaras av skillnader i vårdbehov. Tillämpningen kompliceras ytterligare av att personer med missbruk eller beroende kan tvångsvårdas enligt både LVM och LPT.

8. Kunskapen och kompetensen är otillräcklig

Missbruks- och beroendevården är inte tillräckligt kunskapsbaserad. För vissa missbruks- och beroendetillstånd saknas helt evidensbaserade insatser. Nya rön införlivas i allt för begränsad utsträckning i vården. Vissa kunskapsbaserade insatser tillämpas inte av ideologiska skäl.

För vissa målgrupper saknas målgruppsspecifika insatser, exempelvis barn och ungdomar och personer med dopningsmedelsmissbruk. För andra målgrupper finns olika hinder som gör det svårt att ta del av det ordinarie utbudet av insatser, till exempel personer med utländsk bakgrund. När kunskapsbaserade insatser väl används tenderar de att tillämpas med betydande variation eller på andra beroendetillstånd än evidensen avser, vilket kan äventyra effekten.

De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården som Socialstyrelsen utfärdat är viktiga för att sprida kunskap om evidensbaserade insatser, men omfattar inte läkemedelsberoende eller dopningsmedelsmissbruk eller flera målgrupper med specifika behov, till exempel barn och ungdomar samt personer med funktionsnedsättning.

Även kompetensen brister. Baspersonalen inom missbruks- och beroendevården har ofta stort engagemang och värdefull erfarenhet, men saknar allt för ofta formell utbildning. Grundutbildningarna för centrala yrkesgrupper såsom läkare, sjuksköterskor,

psykologer och socionomer ger för lite kunskap om missbruk och beroende. Möjligheterna till specialistutbildning efter grundexamen är för begränsade.

Under de senaste åren har regeringen uppmärksammat detta, bland annat genom projektet *Kunskap till praktik* som drivs av SKL och syftar till att bygga upp en stödstruktur för kunskapsspridning och fortbildning. Det krävs dock mer omfattande satsningar på forskning, kunskapsspridning och utbildning.

9. Vårdens utveckling utmanar nuvarande lagstiftning

Den nuvarande lagstiftningen har i allt högre grad kommit att utmanas av kunskapsutvecklingen och missbruks- och beroendevårdens praktik.

När det gäller synen på missbruk och beroende återspeglar den nuvarande lagstiftningen att missbruk och beroende i huvudsak ses som sociala problem. Med ny kunskap har dock missbruk och beroende i allt högre grad kommit att betraktas som sjukdomstillstånd. Missbruk (skadligt bruk) och beroende ingår i de internationellt vedertagna diagnosystemen inom hälso- och sjukvården, ICD och DSM.

Vidare har synen på vilka insatser som är lämpliga gått i medicinsk riktning. Läkemedelsbehandling har över tid utvecklats för allt fler beroendetilstånd, bland annat vid beroende av alkohol och opiater. Den utbredda förekomsten av samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom ställer också högre krav på medicinska insatser. I takt med detta har antalet personer med missbruk eller beroende som behandlas inom hälso- och sjukvården också ökat. Denna utveckling har accelererat från och med 1990-talet.

Den svenska missbruks- och beroendevården har traditionellt varit starkt orienterad mot psykosociala behandlings- och stödinsatser, eller så kallade drogfria alternativ. I internationell jämförelse framstår användningen av läkemedel och andra medicinska insatser som mindre utbredd i Sverige än i flertalet länder i övriga Europa och övriga världen.

Utöver vårdideologiska skäl, är en viktig förklaring till den jämförelsevis begränsade användningen av läkemedelsbehandling i svensk missbruks- och beroendevård att kommunen enligt HSL

endast får meddela vård upp till och med sjuksköterskas nivå, vilket försvårar läkemedelsbehandling.

10. Små kommuner har ekonomiskt svårt att bära en modern vård

Utvecklingen inom missbruksområdet med nya former av missbruk samt förstärkta krav på att insatserna ska vara kunskapsbaserade och målgruppsanpassade ställer ökade kompetens- och resursmässiga krav på huvudmännen för att kunna erbjuda en kvalificerad och diversifierad vård. Institutionsvård och tvångsvård som kommunerna betalar är också mycket kostsamt.

Många av dagens 290 kommuner har svårt att möta dessa krav. I synnerhet gäller detta kommuner med litet befolkningsunderlag och därmed begränsat skatteunderlag. Utbudet av behandling i öppen vård är ofta begränsat. Användningen av slutenvård vid behandlingshem (HVB) är än mer begränsad. Målgruppspecifika insatser är ovanliga eller av mycket varierande omfattning och kvalitet, till exempel när det gäller barn och ungdomar med missbruksproblem.

Den framtida utvecklingen kommer att ställa än större krav på huvudmännen när det gäller att utveckla utbudet av behandlings- och stödinsatser. Utredningens vetenskapliga underlag visar att specifika behandlingsinsatser behöver erbjudas för flera olika målgrupper, vilket i praktiken förutsätter ett befolkningsunderlag som normalt endast finns på regional nivå.

Internationellt är också trenden att många länder samlar ansvaret för vården hos färre huvudmän med större befolkningsunderlag och starkare finansiell bas. Inom EU har ansvaret för behandling av missbruk och beroende vanligen samlats hos sjukvårdshuvudmannen. I de nordiska grannländerna har det både i Norge och Danmark nyligen genomförts omfattande strukturreformer som genom att minska antalet huvudmän syftat till att stärka vårdens finansiella bas. I Finland pågår, liksom i Sverige, motsvarande reformarbete när det gäller hälso- och sjukvården.

Åtta reformområden

Utredningens förslag till en reformerad och utvecklad svensk missbruks- och beroendevård omfattar åtta reformområden.

- Tidig upptäckt och kort intervention. Genom att tidigt identifiera och intervensera mot riskbruk kan utvecklingen av missbruk och beroende förhindras.
- Tydligare ansvar för effektivare vård. Genom att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar, och normalisera ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen, förbättras vård- och stödprocessen för den enskilde och vårdens effektivitet kan öka.
- Stärkt ställning för individen. Genom att stärka den enskildes ställning tas den enskildes motivation och erfarenheter bättre tillvara i planeringen, genomförandet och utvecklingen av vården. Motivation är en avgörande framgångsfaktor för att vården ska ge resultat.
- Bättre kvalitet, kunskap och kompetens. Genom utvecklade system för kvalitetssäkring, forskning och kunskaps-spridning samt kompetensutveckling läggs grunden för en mer kunskapsbaserad vård.
- Vård utan samtycke. Genom att förbättra behandlingsinnehållet, vårdens form och kopplingen till efterföljande frivillig vård skapas förutsättningar för en mer effektiv och rättssäker tvångsvård.
- Polisens och kriminalvårdens roll. Genom att utveckla polisens och kriminalvårdens insatser för personer med missbruk eller beroende förbättras samverkan kring personer som är föremål för insatser från landstinget, kommunen, polisen och kriminalvården.
- Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen. Genom att stödja arbetsgivarens arbete med att förebygga riskbruk, missbruk och beroende samt förbättra tillgängligheten till insatser inom arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen förbättras möjligheterna till bibehållen anställning och rehabilitering till arbete.

Sjuttio förslag

Utredningens lägger ett 70-tal förslag. De förslag som direkt berör missbruks- och beroendevården syftar bland annat till att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar, stärka individens ställning, utveckla vårdens innehåll, förbättra kvaliteten, kunskapen och kompetensen samt utveckla vården utan samtycke.

Vidare lägger utredningen förslag som rör polisens och kriminalvårdens roll i syfte att förbättra omvårdnaden av omhändertagna enligt LOB och insatserna inom kriminalvården för att förhindra återfall i missbruk och brott.

Dessutom lägger utredningen vissa förslag som gäller arbetsgivaren, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen i syfte att förbättra möjligheterna till rehabilitering till arbete.

Nedan följer en översikt av de viktigare förslagen. De som rör kommunernas och landstingens ansvar samt stärkt ställning för individen regleras i den föreslagna lagen om missbruk- och beroendevård. Förslagen om vård utan samtycke regleras i LPT. I LOB regleras förslagen om polisens och landstingets ansvar för berusade personer som omhändertas. Andra förslag genomförs genom statliga stimulansbidrag till kommunsektorn och uppdrag till statliga myndigheter.

Tidig upptäckt och kort intervention

Utredningen bedömer att tidig upptäckt och kort intervention vid riskbruk, missbruk eller beroende är en effektiv insats som i dag inte används i tillräcklig omfattning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Utredningen föreslår:

- Både kommunen och landstinget ska ha ett lagreglerat ansvar för rådgivning till personer med riskbruk, missbruk eller beroende.
- Landstinget ska upprätta program inom hälso- och sjukvården som syftar till att tidigt identifiera och intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende.
- Mödra- och barnhälsovårdens uppgifter när det gäller att tidigt identifiera och intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende, samt erbjuda mödrar med missbruk eller beroende uppföljning

av barnet, ska ingå i programmet för tidig identifikation och intervention.

- Allmänläkare inom primärvården ska erbjudas fortbildning om tidig identifikation och intervention.
- Kommunen ska upprätta program för det sociala arbetet som syftar till att tidigt identifiera och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende.
- Företagshälsovårdens arbete med tidig upptäckt och kort intervention ska främjas genom ett statligt prestationsbidrag.
- Elevhälsans arbete med tidig identifikation och intervention ska främjas genom ett statligt bidrag för fortbildning av personalen.
- Studenthälsans ansvar för tidig identifikation och intervention ska tydligare regleras.
- Stödet till självhjälp vid riskbruk, missbruk och beroende via Internet och telefon ska utvecklas.

Tydligare ansvar för effektivare vård

Utredningen bedömer att kommunens och landstingets ansvar för missbruks- och beroendevård måste tydliggöras för att komma till rätta med de problem som idag drabbar så väl den enskilde som vårdens effektivitet.

Den tydligaste ordningen skulle vara att samla ansvaret hos en huvudman, men sammantaget anser utredningen att den bästa lösningen är att kommunen och landstinget har ett fortsatt delat ansvar för missbruks- och beroendevården. Kommunens och landstingets ansvar bör dock genom lagstiftning tydliggöras för de centrala delarna i vård- och stödprocessen samt ansvarsfördelningen mellan huvudmännen i vissa avseenden förändras. Därtill bör det införas förstärkta krav på samverkan.

Utredningens förslag:

- Insatserna inom missbruks- och beroendevården ska syfta till att ge vård, behandling och stöd åt personer som genom sin användning av alkohol-, narkotika-, läkemedel- och dopningsmedel eller andra liknande medel riskerar att skada sin hälsa eller sociala situation. Det är första gången ansvaret för läkemedel och dopningsmedel specifikt beaktas.

- Insatserna ska även syfta till att ge stöd åt närstående till personer som använder sådana medel på ett skadligt sätt.
- Landstinget ska ansvara för tillnyktringsverksamhet, abstinensvård och behandling.
- Kommunen ska ansvara för psykosocialt stöd samt stöd till boende, sysselsättning och försörjning.
- Kommunerna och landstingen kan anpassa den lagreglerade ansvarsfördelningen för att bättre möta regionala och lokala behov genom att sluta överenskommelser om att överlåta uppgifter mellan varandra.
- Kommunen och landstinget ska var för sig ha ett ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning. Om en person är i behov av insatser från både kommunen och landstinget ska kommunen ha det övergripande ansvaret för att upprätta individuell plan om inte kommunen och landstinget kommer överens om annat.
- Landstinget ska med kommunerna i landstingsområdet ingå ett avtal i fråga om insatserna för personer som har problem med missbruk eller beroende eller riskabel konsumtion, i vilket samarbetet mellan huvudmännen regleras.
- Det ska införas en sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör uppföljning av vård-, behandlings- eller stödinsatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Stärkt ställning för individen

Utredningen bedömer att den enskildes ställning inom missbruks- och beroendevården bör stärkas för att bättre ta tillvara den enskildes motivation och erfarenheter i planeringen och genomförandet av vården.

Utredningens förslag:

- Det ska införas en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende. Den förstärkta vårdgarantin innebär i korthet en skyldighet för landstinget att tvärprofessionellt utreda och inleda behandling i planerad, specialiserad vård inom senast 30 dagar och en skyldighet för kommunen att upprätta individuell plan inom senast 30 dagar.
- Om landstinget inte uppfyller garantin kan patienten fritt välja utförare av bedömd behandling i hela landet.
- Den förstärkta vårdgarantin ska följas upp utifrån i vad mån landstingen och kommunerna uppfyller sina skyldigheter och hur garantin påverkar prioriteringen mellan olika patient- och klientgrupper inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Den enskilde ska ha en i lag reglerad rätt till ett bra bemötande av dem som verkar inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.
- I arbetet med att utveckla insatserna inom missbruks- och beroendevården ska landstinget och kommunerna ta tillvara erfarenheter hos brukare och deras närstående.
- Organisationer som företräder människor som behöver missbruks- och beroendevårdens insatser samt deras närstående bör ges möjlighet att aktivt medverka till innehållet i samarbetsavtal mellan kommuner och landsting och vara delaktiga i uppföljningen av dessa avtal.
- Det ska inrättas en nationell valfrihetsdatabas med information om tillgängliga auktoriserade utförare av behandling i syfte att stärka den enskildes ställning i planeringen och genomförandet av vården.
- Kommunernas frivilliga verksamhet med personligt ombud ska göras tillgänglig och anpassas för personer med missbruk eller beroende och behov av samordnad planering.
- Socialstyrelsen ska kunna förelägga den som svarar för verksamhet enligt den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård att avhjälpa missförhållanden.

Vårdens innehåll, boende och sysselsättning

Utredningen bedömer, med hänsyn till utvecklingen av ny forskningsbaserad kunskap, vårdens praktik i andra länder och erfarenheter från olika svenska försöksverksamheter, att innehållet i den svenska missbruks- och beroendevården bör anpassas för olika målgrupper och utvecklas inom olika insatsområden. De befintliga insatserna bör tillgängliggöras och nya specifika insatser bör utvecklas för fler målgrupper.

Utredningens bedömningar och förslag:

- Landstinget bör utveckla målgruppspecifika insatser för att möta vårdbehoven hos personer med läkemedelsberoende och dopningsmedelsmissbruk.
- Kommunerna och landstingen ska särskilt utveckla missbruks- och beroendevård som bättre möter vårdbehoven hos barn och ungdomar med hjälp av ett statligt stimulansbidrag.
- Tillgängligheten till ordinarie insatser bör förbättras och nya insatser utvecklas för målgrupper som har svårt att ta del av det ordinarie utbudet eller har specifika vårdbehov, bland annat gravida kvinnor, personer med funktionsnedsättning, äldre, personer med utländsk bakgrund samt kvinnor i vissa situationer.
- Läkemedelsbehandling bör i större utsträckning finnas som ett behandlingsalternativ av alkoholberoende, inte minst inom primärvården.
- Substitutionsbehandling av opiat- och opioidberoende bör genom regeländringar vara tillgängligt i hela landet i kombination med psykosociala behandlings- och stödinsatser.
- Sprututbytesverksamhet för personer med injektionsmissbruk bör genom förändrad lagstiftning vara ett ansvar för hälso- och sjukvården och bli mer tillgänglig i hela landet.
- Kunskapsbaserat stöd till boende och sysselsättning för personer med missbruk eller beroende bör utvecklas och tillgängliggöras.

Bättre kvalitet, kunskap och kompetens

Målet är en mer kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård. Detta förutsätter enligt utredningens mening insatser för att förbättra kvaliteten på insatserna, öka kunskapen om missbruk och beroende och insatsers effekt, samt utveckla personalens kompetens.

Kvaliteten på behandlingsinsatserna samt kunskapen om patienters vårdbehov, vilka insatser som ges och vårdens resultat måste förbättras.

Utredningens förslag:

- Den behandling av missbruk eller beroende som bedrivs vid hem för vård eller boende (HVB) ska vara auktoriserad.
- Nationella kvalitetsregister inom missbruksområdet ska främjas genom ett statligt prestationsbidrag.

Kunskapen om befolkningens alkohol- och drogvanor och förekomsten av olika former av riskbruk, missbruk eller beroende måste utvecklas.

Utredningens förslag:

- De statligt finansierade undersökningarna ska utformas på ett sådant sätt att de ger en nationell helhetsbild av alkohol- och droganvändningen samt som möjliggör jämförelser med andra länder.
- Det ska årligen göras en officiell bedömning av missbrukssituationen i Sverige.
- Det ska regelbundet genomföras en särskild nationell undersökning av befolkningens alkohol- och drogvanor.
- Det ska genomföras en fördjupad epidemiologisk undersökning av förekomsten av missbruk och beroende i den svenska befolkningen.

Forskningen och kunskapsspridningen måste kraftfullt stärkas för att främja utveckling av ny forskningsbaserad kunskap och implementering av denna kunskap i vårdens praktik.

Utredningens förslag:

- Det ska inrättas ett nationellt forskningsinstitut med uppgift att bedriva tvärvetenskaplig forskning och sprida kunskap om behandling av missbruk eller beroende.
- Det ska inrättas två nationella forskarskolor inom missbruksområdet. Den ena forskarskolan ska fokusera på behandling. Den andra ska fokusera på riskbruk, tidig upptäckt och kort intervention samt barn i familjer med missbruksproblem.
- Det ska inrättas ett nationellt kompetenscentrum rörande behandling av personer med missbruk eller beroende av läkemedel.
- Det ska inrättas ett nationellt kompetenscentrum rörande behandling av personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel.

Kompetensen hos de yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården måste utvecklas.

Utredningens förslag:

- Det bör inrättas två nationellt normerade yrkesutbildningar för personal inom vård- och stödverksamheter. Den ena utbildningen ska vara grundläggande, omfatta sex månaders studier, och rikta sig till redan yrkesverksamma. Den andra utbildningen ska vara fördjupande, omfatta två års studier och leda till en kvalificerad yrkesexamen, samt främst rikta sig till dem som vill börja arbeta inom missbruks- och beroendevården.
- Grundutbildningarna till läkare, sjuksköterska, psykolog och socionom ska stärkas genom utökade kunskapsinslag om missbruk och beroende.
- Specialistutbildning för sjuksköterskor, psykologer och socionomer bör utvecklas med hjälp av ett statligt stimulansbidrag till lärosäten som bedriver grundutbildning av dessa yrkesgrupper.

Vård utan samtycke

Utredningen anser att tvångsvård, eller vård utan samtycke som utredningen föredrar som benämning, vid missbruk eller beroende endast ska kunna ges i undantagsfall och under förutsättning att

insatserna ingår som en avgränsad del i en sammanhängande vård- och stödprocess. Vården utan samtycke måste erbjuda ett bättre behandlingsinnehåll än i dag. Den ska vara individuellt tidsmässigt avpassad och möjlighet till öppen tvångsvård ska finnas. Tillämpningen måste också bli mer rättssäker.

Utredningens förslag:

- De nuvarande tvångslagarna LVM och LPT ska integreras så att LVM upphävs och LPT förtydligas för att bättre tillgodose behovet av vård utan samtycke också för personer med missbruk eller beroende. Landstinget får därmed ansvaret för all vård utan samtycke vid psykisk sjukdom.
- Det ska göras en treårig satsning för att öka kompetensen hos personalen inom LPT-vården vid behandling av personer med missbruk eller beroende.
- De som ges vård enligt LPT ska förtecknas i ett särskilt register, i vilket bland annat orsak till intagning och vistelsens längd ska registreras.
- Ett särskilt forskningsuppdrag ska ges för att under en treårsperiod följa tillämpningen av LPT och utvärdera och bedöma effekterna av integreringen av de båda lagarna.
- Forskning om vård utan samtycke bör uppmuntras i syfte att utveckla vårdens kvalitet.

Polisens och kriminalvårdens roll

Utredningen bedömer att personer som omhändertas enligt lagen (1976: 516) om omhändertagande av berusade personer mm (LOB) måste ges bättre omvårdnad och medicinskt omhändertagande för att minska de hälsomässiga riskerna.

Utredningens förslag:

- Huvudansvaret för förvaring och tillsyn vid polisens omhändertagande enligt LOB ska ligga hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.
- Den omhändertagne ska föras till en av landstinget anordnad enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenhet, om inte särskilda skäl talar däremot. Landstinget ansvarar för att tillhandahålla och finansiera sådan enhet, om inte annan lösning väljs

genom samarbetsavtal med ett annat landsting eller en eller flera kommuner.

- Om tillnyktringen inte lämpligen kan ske på en enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenhet på grund av aggressivitet eller våldsamt uppträdande hos den omhändertagne, får han eller hon förvaras i arrest hos polisen eller inom kriminalvården för tillnyktring. Landstinget svarar i dessa fall för att polisen eller personalen hos Kriminalvården får tillgång till medicinsk bedömning vid den omhändertagnas tillnyktring.
- Polisen svarar även fortsättningsvis för uppgifterna att omhänderta, skyddsvisitera samt transportera en omhändertagen person till en enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenhet.

Utredningen bedömer att Kriminalvården i samverkan med andra huvudmän och myndigheter bör utnyttja verkställighetstiden mer effektivt för behandling av personer med missbruk eller beroende i syfte att minska återfall i brottslighet.

Utredningens bedömningar och förslag:

- Kriminalvården ska som en del av det återfallspreventiva arbetet ha ett fortsatt ansvar för att bedriva brotts- och missbruksförebyggande program för klienter med missbruk eller beroende.
- Klienter inom kriminalvården ska omfattas av den föreslagna förstärkta vårdgarantin för personer med missbruk eller beroende, inom ramen för den så kallade normaliseringsprincipen. Därigenom förbättras kontinuiteten i behandlings- eller stödinsatserna vid frigivningen från kriminalvården.
- Landstinget ska ingå avtal med Kriminalvården om vård och behandling av klienter med missbruk eller beroende i landstingsområdet.
- Auktoriseringskravet för hem för vård eller boende (HVB) med behandling av missbruk eller beroende ska också bidra till att säkerställa kvaliteten på den behandling som Kriminalvården upphandlar.

Vidare anser utredningen att det bör göras en översyn av bestämmelserna på det straffrättsliga området när det gäller lagföringen av människor med missbruksproblem som begått brått i syfte att möjliggöra vård i stället för straff.

Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken, socialförsäkringen

Utredningen anser att förebyggande och tidiga insatser mot riskbruk, missbruk och beroende bör stimuleras. Vidare bör det underlättas för arbetsplatsen att bibehålla och anställa personer med missbruksproblem.

Utredningens förslag och bedömningar:

- Arbetsgivare bör i högre grad använda sig av företagshälsovårdens tjänster, bland annat för att screena för riskbruk vid regelbundna hälsosamtal och erbjuda rehabilitering för att möjliggöra kvarstannade i arbete.
- Kommunen ska bistå arbetsgivare inom kommunen med information och råd när det gäller missbruksfrågor.

Utredningen anser att personer med missbruk eller beroende har sämre tillgänglighet till insatserna inom arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen än många andra grupper.

Utredningens förslag och bedömningar:

- Det bör utvecklas fler särskilda arbetsmarknadspolitiska insatser för personer med missbruk eller beroende och andra grupper med jämförbar problematik.
- Särskilt högriskskydd inom sjukförsäkringen är en underutnyttjad möjlighet för att ekonomiskt underlätta vid sjukfrånvaro som har samband med missbruksproblem. Kunskap bör spridas om denna möjlighet i sjukförsäkringen.
- Personer med missbruk eller beroende ska om de saknar rätt till sjukpenninggrundande inkomst kunna ta del av en ny ersättning när de deltar i rehabiliteringen av missbruket eller beroendet. Kommittén om hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet (dir. 2010:48) bör närmare pröva den särskilda rehabiliteringspenningen.
- Det ska anslås medel till en forskningsstudie för att kartlägga orsakerna till den stora underrapporteringen av arbetsoförmåga orsakad av missbruk och beroende.
- Vid sjukskrivning som förlängs utöver 60 dagar ska läkaren erbjuda patienten en bedömning av om det föreligger beroende

av psykoaktiva substanser, såvida inte detta är uppenbart onödigt.

Effektivare vård lönsam för samhället

Samhällets kostnader för missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel uppgår till 150 miljarder kronor, vilket är nio gånger mer än kommunernas och landstingens kostnader för vården. De stora kostnaderna för samhället av missbruk följer av ohälsa, arbetsoförmåga och kriminalitet.

Utredningens beräkningar visar att behandling är samhällsekonomiskt lönsam, även när det krävs mycket omfattande behandlingsinsatser.

Mest lönsamma är tidiga insatser som förhindrar att riskbruk övergår i mer etablerade former av missbruk och beroende, till exempel kort rådgivning vid begynnande alkoholproblem.

För en kvinna, 20 år, med aktivt heroinmissbruk uppgår den samhällsekonomiska kostnaden till cirka 10 miljoner kronor. Vårdkostnaden för vanliga insatskombinationer varierar mellan 300 000 och 2,6 miljoner kronor. Om insatsen är effektiv mot missbruket kan besparingen bli cirka 2 miljoner kronor. Om insatsen dessutom gör det möjligt för personen att återgå i arbete kan besparingen bli 6 miljoner kronor.

För en man, 30 år, med aktivt tungt alkoholmissbruk uppgår den samhällsekonomiska kostnaden till cirka 7 miljoner kronor. Vårdkostnaden för vanliga insatskombinationer varierar mellan 23 000 och 400 000. Om insatsen är effektiv mot missbruket kan besparingen bli 3 miljoner kronor. Om insatsen dessutom gör det möjligt för personen att återgå i arbete kan besparingen bli 6 miljoner kronor.

Det står sålunda klart att investeringar i missbruks- och beroendevård kan vara samhällsekonomiskt mycket lönsamma.

Finansiering och genomförande

Utredningens förslag gäller kommunerna, landstingen och staten och finansieras i huvudsak på tre olika sätt.

- Överföringar av uppgifter mellan kommunerna och landstingen finansieras genom skatteväxling. Det belopp som ska skatte-

växlas har beräknats till drygt 2,3 miljarder kronor. Skatteväxlingen förhandlas och beslutas länsvis av berörda kommuner och landsting.

- Utökade eller nya uppgifter för kommuner och landsting finansieras genom statliga bidrag till kommunsektorn. De statliga bidraget som ska utgå tillsvidare har beräknats till 465 miljoner per år. Av dessa gäller 265 miljoner överföring av befintliga statliga verksamheter från staten till landstingen. Därtill kommer bidrag för tidsbegränsade satsningar för perioden 2013–2017 om 137, 187, 37, 22 respektive 22 miljoner kronor per år.
- Statliga insatser finansieras inom statsbudgeten genom anslag till berörda statliga myndigheter. Anslagen för de tidsbegränsade statliga insatserna har beräknats till 103,5 70,5, 35,5 och 20,5 miljoner kronor per år under perioden 2013–2017. Några mindre insatser föreslås pågå ytterligare några år.
- För att underlätta genomförandet av reformen har utredningen föreslagit att regeringen ska utse en särskild nationell samordnare med uppdrag att bistå kommunerna och landstingen i genomförandet skatteväxlingen och överföringen av tvångsvården från kommunerna och staten till landstingen samt statens utveckling av stöd till självhjälp.

Ny lagstiftning

Utredningen anser att ansvaret för missbruk- och beroendevården tydliggörs i lagstiftning. Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) vänder sig i huvudsak till kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) i huvudsak till landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Bestämmelserna i dessa huvudlagar är såvitt rör missbruks- och beroendefrågor mycket översiktliga i den mån dessa frågor alls är uttryckligen berörda.

Utredningen har därför stannat för att föreslå som ett komplement till SoL och HSL en särskild lag om missbruks- och beroendevård (LMB), vilken samtidigt vänder sig till både kommunen och landstinget (en så kallad pluslag).

- LMB anger målet för lagen, lägger fast ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, ställer krav på samverkan samt innehåller regler som ska stärka den enskildes ställning.
- Den ger också en enhetlig definition av de former av missbruk och beroende som vården enligt denna lag ska möta.
- LMB markerar landstingets och kommunens särskilda ansvar för missbruks- och beroendevården och går därmed i viss utsträckning längre än huvudlagarna SoL och HSL.

Utredningens förslag innebär också en förändrad lagstiftning när det gäller vården utan samtycke genom att lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) integreras med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

- I LPT införs en likställighetsbestämmelse som tydliggör att LPT även ska omfatta patienter som till följd av missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

Andra lagändringar som föreslås gäller lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer mm, lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler, offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL) samt brottsbalken.

Ytterligare ändringar föreslås i SoL, HSL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshinder (LSS), högskoleförordningen (1993:100) och socialtjänstförordningen (2001:937).

Dessutom föreslås följdändringar i en rad andra lagar och förordningar där enhetliga definitioner av missbruk och beroende efter hand är tänkbara och möjliga.

I kraftträdande

Den nya lagen om missbruks- och beroendevård föreslås träda i kraft den 1 januari 2013. För vården utan samtycke föreslås övergångsregler för perioden 1 januari till 30 juni 2013.

Författningsförslag

1 Förslag till lag om missbruks- och beroendevård

Härigenom föreskrivs följande.

Mål och tillämpningsområde

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om landstingens och kommunernas särskilda ansvar inom missbruks- och beroendevården. I tillämpliga delar gäller lagen också för missbruks- och beroendevård som bedrivs av annan huvudman.

Om inte annat följer av denna lag gäller bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Bestämmelser om vård utan samtycke ges i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Den som är under 20 år kan även ges vård utan samtycke enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

2 § Målet för denna lag är att lägga fast kommunens och landstingets ansvar för olika insatser inom missbruks- och beroendevården, göra sådana insatser tillgängliga för den enskilde och stärka den enskildes ställning.

3 § Insatser inom missbruks- och beroendevården syftar till stöd, vård och behandling åt människor som genom sin användning av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel riskerar att skada sin hälsa eller sociala situation.

Insatserna syftar även till att ge stöd åt närstående till människor som använder sådana medel på ett skadligt sätt.

Landstingets ansvar

4 § Landstinget har inom missbruks- och beroendevården ansvaret för rådgivning och behandling. Hit hör främst tillnyktringsverk-samhet, abstinensvård, läkemedelsbehandling och psykosocial behandling.

Landstinget kan träffa överenskommelse med en kommun eller ett annat landsting om att fullgöra vissa insatser inom missbruks- och beroendevården.

Kommunens ansvar

5 § Kommunen har inom socialtjänsten ansvaret för rådgivning och psykosocialt stöd samt stöd till boende, sysselsättning och försörj-ning.

Kommunen kan träffa överenskommelse med en annan kommun eller med ett landsting om att fullgöra vissa insatser inom missbruks- och beroendevården.

Till kommunens uppgifter inom missbruks- och beroende-vården hör även att bistå arbetsgivarna inom kommunen med information och råd när det gäller missbruksfrågor.

Tidiga insatser

6 § Landstinget ska upprätta program inom primärvården i landstingsområdet som syftar till att tidigt upptäcka och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol och andra medel som sägs i 3 §.

Kommunen ska upprätta program för det sociala arbetet i kommunen som syftar till att tidigt upptäcka och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol och andra medel som sägs i 3 §.

Utredning och planering

7 § Landstinget och kommunen har var för sig ett ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning när den enskilde behöver insatser inom både hälso- och sjukvården och social-tjänsten. Upprättas en individuell plan enligt 2 kap 7 § socialtjänst-

lagen (2001:453) och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), ska kommunen ha det övergripande ansvaret för planen, om inte landstinget och kommunen kommer överens om annat. Den enskildes önskemål beträffande en individuell plan och huvudman för det övergripande ansvaret ska särskilt beaktas.

Har den enskilde även behov av annan hälso- och sjukvård än som sägs i 4 §, ska landstinget se till att detta behov tillgodoses samordnat med missbruks- och beroendevården när detta är lämpligt.

Samarbetsavtal

8 § Landstinget och kommunen ska ingå ett avtal om samarbete i fråga om insatser för människor som har problem med missbruk eller beroende eller riskabelt bruk av medel som sägs i 3 §. Människor som behöver sådana insatser och deras närstående bör ges möjlighet att aktivt medverka till innehållet i samarbetsavtalet och göras delaktiga i uppföljningen av detta.

Avtal enligt första stycket kan även träffas mellan landstinget och flera kommuner eller ett kommunalförbund.

Landsting som har en kriminalvårdsanstalt inom sitt område ska även ingå ett avtal med Kriminalvården om samarbete i fråga om insatser för intagna som har problem med missbruk eller beroende eller riskabelt bruk av medel som sägs i 3 §.

Förstärkt vårdgaranti

9 § Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget och som behöver planerad, specialiserad vård för sitt missbruk eller beroende en garanti för att allsidigt utreda och inleda behandling snarast och senast inom 30 dagar från den dag han eller hon söker vård eller behovet av vård på annat sätt uppmärksammas inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Akuta behov ska tillgodoses genast.

Kommunen ska erbjuda dem som vistas inom kommunen och som behöver psykosociala insatser på grund av sitt missbruk eller beroende en garanti för att en individuell plan upprättas snarast och senast inom 30 dagar från den dag den enskilde söker psykosocialt

stöd eller behovet av sådant stöd uppmärksammas på annat sätt inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om innehållet i garantier enligt första och andra styckena.

10 § Landstingets ansvar enligt 9 § första stycket gäller även dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget samt dem som inom landstinget är intagna i kriminalvårdsanstalt eller i hem för vård eller boende som avses i socialtjänstlagen (2001:453) eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Har patient som avses i första stycket också behov av vård eller behandling för annan sjukdom än som avses i 9 § första stycket, gäller landstingets ansvar även för sådan vård eller behandling.

11 § Om landstinget inte inom 30 dagar eller annan längre tidsfrist som överenskommits med den enskilde inleder en behandling som erbjudits enligt 9 § första stycket, har den enskilde rätt att få denna utförd av någon annan. Landstinget är då skyldigt att ersätta skäligen kostnader för utförda insatser.

Kvalitet och kompetens

12 § Insatser enligt denna lag ska vara av god kvalitet och grundade på kunskap och erfarenhet. Kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas, följas upp och säkras.

För utförande av uppgifter enligt denna lag ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Verksamheter som bedriver behandling av människor som har problem med missbruk eller beroende av medel som sägs i 3 § ska vara auktoriserade enligt bestämmelser som meddelas av regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer.

13 § Människor med missbruks- eller beroendeproblem har rätt till ett gott bemötande av dem som verkar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

I arbetet med att utveckla insatserna inom missbruks- och beroendevården ska landstinget och kommunen söka ta till vara de

erfarenheter som finns inom organisationer som företräder människor som behöver sådana insatser och deras närstående.

Tillsyn m.m.

14 § Socialstyrelsen har tillsyn över all verksamhet enligt denna lag.

Tillsyn enligt denna lag innebär granskning av att verksamheten uppfyller mål och krav enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

15 § Om Socialstyrelsen finner att det i verksamhet som står under tillsyn enligt denna lag förekommer ett missförhållande som har betydelse för enskildas möjligheter att kunna få insatser enligt lagen, får Socialstyrelsen förelägga den som svarar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Ett föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som Socialstyrelsen anser nödvändiga för att det påtalade missförhållandet ska kunna avhjälpas. Föreläggandet får förenas med vite.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 §, 5 kap. 9 §, 6 kap. 3 §, 10 kap. 4 och 6 §§, 16 kap. 10 § samt rubriken närmast före 5 kap. 9 § socialtjänstlagen (2001:453) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

3 §

Bestämmelser om vård utan samtycke ges i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Bestämmelser om vård utan samtycke ges i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

5 kap.

9 §

Missbrukare

Människor med missbruksproblem

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

Socialnämnden *ska* aktivt sörja för att den enskilde *inom missbruks- och beroendevården* får *det stöd och den vård* som han eller hon behöver för att *begränsa skadorna* och komma ifrån missbruket. Nämnden *ska* i samförstånd med den enskilde planera *stödet* och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

I lagen (2011:00) om missbruks- och beroendevård finns särskilda bestämmelser om den enskildes rätt och kommunens ansvar för olika insatser.

6 kap.**3 §¹**

Behovet av sådana hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall* ska tillgodoses av staten. Statens institutionsstyrelse leder verksamheten vid hemmen. Bestämmelser om tillsyn m.m. över verksamheten vid hemmen finns i 13 kap.

Behovet av sådana hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ska tillgodoses av staten. Statens institutionsstyrelse leder verksamheten vid hemmen. Bestämmelser om tillsyn m.m. över verksamheten vid hemmen finns i 13 kap.

Statens institutionsstyrelse får, om det finns särskilda skäl för det, genom avtal uppdra åt ett landsting eller en kommun att inrätta och driva ett sådant hem som avses i första stycket.

För vård i ett hem som avses i denna paragraf får staten ta ut avgift av den kommun som begärt placeringen.

10 kap.**4 §**

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får ges endast åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden i ärenden som är en uppgift för nämnden enligt 6 kap. 6, 8, 12 och 13 §§ denna lag, 4 och 6 §§, 11 § första och andra styckena, 13 §, 14 § tredje stycket, 21, 22, 24, 26, 27 och 43 §§ lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *samt 11 och 13 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*.

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får ges endast åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden i ärenden som är en uppgift för nämnden enligt 6 kap. 6, 8, 12 och 13 §§ denna lag *samt 4 och 6 §§, 11 § första och andra styckena, 13 §, 14 § tredje stycket, 21, 22, 24, 26, 27 och 43 §§ lagen (1990:52)* med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Första stycket gäller även i ärenden enligt 6 kap. 14 § om samtycke vägras och beslut enligt 9 kap. 3 § om att föra talan om återkrav enligt 9 kap. 1 §.

¹ Senaste lydelse 2009:596.

6 §

Bestämmelser om rätt att i vissa fall fatta beslut i socialnämndens ställe finns i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.*

Bestämmelser om rätt att i vissa fall fatta beslut i socialnämndens ställe finns i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

16 kap.

10 §²

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser

- | | |
|--|---|
| 1. barn och unga, | |
| 2. äldre <i>personer</i> , | 2. äldre <i>människor</i> , |
| 3. <i>personer</i> med funktionsnedsättning, | 3. <i>människor</i> med funktionsnedsättning, |
| 4. <i>missbrukare</i> , och | 4. <i>människor</i> med missbruks- |
| 5. <i>personer</i> som anges i 5 kap. 11 §. | problem, och |
| | 5. <i>människor</i> som anges i 5 kap. 11 §. |

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får också meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet vid sådana hem som avses i 6 kap. 3 §.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

² Senaste lydelse 2009:596.

3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 2 g och 4 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 g §³

Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,

2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller

3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

3. har problem med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

4 §⁴

Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska landstinget erbjuda sådan vård.

Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det.

Särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

I lagen (2011:00) om missbruks- och beroendevård finns särskilda bestämmelser om den enskildes rätt och landstingets ansvar för olika insatser.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

³ Senaste lydelse 2009:979.

⁴ Senaste lydelse 2008:345.

4 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

dels att 1, 3 och 16 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas nya paragrafer, 3 a § och 21 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Vad som sägs i denna lag om ett landsting gäller även en kommun som inte ingår i ett landsting.

Med chefsöverläkare avses i denna lag chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven.

1 §⁵

Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. *I lagen (2011:00) om missbruks- och beroendevård finns särskilda bestämmelser om landstingets ansvar för olika insatser.*

Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

3 §⁶

Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

⁵ Senaste lydelse 2008:415.

⁶ Senaste lydelse 2008:415.

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller

2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning enligt första stycket utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas,

1. om patienten kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir, och

2. om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

3 a §

Som allvarlig psykisk störning enligt 3 § avses även att patienten till följd av missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

16 §⁷

En vårdplan *skall* upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Vårdplanen *skall* ange de

En vårdplan *ska* upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Vårdplanen *ska* ange de behand-

⁷ Senaste lydelse 2000:353.

behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården *skall* uppnås och för att resultaten av dessa insatser *skall* kunna bestå.

Så långt möjligt *skall* planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt *skall* samråd ske också med dennes närstående.

Chefsöverläkaren *skall* undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt det är möjligt *skall* detta ske i samråd med patienten.

lingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården *ska* uppnås och för att resultaten av dessa insatser *ska* kunna bestå. *Särskilt ska uppmärksammas om patienten behöver insatser för missbruk eller beroende av medel som sägs i 3 a §.*

Så långt möjligt *ska* planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt *ska* samråd ske också med dennes närstående.

Chefsöverläkaren *ska* undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt det är möjligt *ska* detta ske i samråd med patienten.

21 a §

Om inte annat föranleds av medicinska eller liknande skäl, är patienten skyldig att efter uppmaning lämna urin-, utandnings-, saliv-, svett-, blod- eller hårprov för kontroll att han eller hon inte är påverkad av något sådant medel som anges i 3 a §.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013, då lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska upphöra att gälla.

2. Tvångsvård som förvaltningsrätten beslutat om enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall före den 1 januari 2013 får pågå längst till den 30 juni 2013. Under denna tid ska den lagens bestämmelser gälla i tillämpliga delar.

5 Förslag till lag om ändring i brottsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om brottsbalken
dels att 31 kap. 2 § ska upphöra att gälla,
dels att 30 kap. 9 § och 31 kap. 3 § ska följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

30 kap.

9 §⁸

Vid val av påföljd *skall* rätten som skäl för skyddstillsyn beakta om det finns anledning att anta att denna påföljd kan bidra till att den tilltalade avhåller sig från fortsatt brottslighet.

Som särskilda skäl för skyddstillsyn i stället för fängelse kan rätten beakta

1. om en påtaglig förbättring skett av den tilltalades personliga eller sociala situation i något hänseende som kan antas ha haft samband med hans brottslighet,

2. om den tilltalade undergår behandling för missbruk eller annat förhållande som kan antas ha samband med hans brottslighet.

3. om missbruk av beroendeframkallande medel eller något annat särskilt förhållande som kräver vård eller annan behandling i väsentlig grad har bidragit till att brottet har begåtts och den tilltalade förklarar sig villig att gå igenom lämplig behandling som enligt en för honom

Vid val av påföljd *ska* rätten som skäl för skyddstillsyn beakta om det finns anledning att anta att denna påföljd kan bidra till att den tilltalade avhåller sig från fortsatt brottslighet.

Som särskilda skäl för skyddstillsyn i stället för fängelse kan rätten beakta

1. om en påtaglig förbättring skett av den tilltalades personliga eller sociala situation i något hänseende som kan antas ha haft samband med hans brottslighet,

2. om den tilltalade undergår behandling för missbruk *eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel* eller annat förhållande som kan antas ha samband med hans brottslighet,

3. om missbruk *eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel* eller något annat särskilt förhållande som kräver vård eller annan behandling i väsentlig grad har bidragit till att brottet har begåtts och den tilltalade förklarar sig villig att

⁸ Senaste lydelse 1998:604.

uppgjord plan kan anordnas i samband med verkställigheten eller gå igenom lämplig behandling som enligt en för honom uppgjord plan kan anordnas i samband med verkställigheten eller

4. om den tilltalade samtycker till att skyddstillsynen förenas med en föreskrift om samhällstjänst och en sådan föreskrift är lämplig med hänsyn till den tilltalades person och övriga omständigheter.

31 kap.

3 §⁹

Lider den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, av en allvarlig psykisk störning, får rätten överlämna honom till rättspsykiatrisk vård, om det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

Har brottet begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, får rätten besluta att särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård skall äga rum vid vården, om det till följd av den psykiska störningen finns risk för att han återfaller i brottslighet, som är av allvarligt slag.

Som allvarlig psykisk störning enligt första och andra styckena avses även att den tilltalade till följd av missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

Om det med hänsyn till den tilltalades tidigare brottslighet eller av andra särskilda skäl är påkallat, får rätten i samband med överlämnande till rättspsykiatrisk vård döma till annan påföljd, dock inte fängelse eller överlämnande till annan särskild vård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

⁹ Senaste lydelse 1991:1138.

6 Förslag till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Härigenom föreskrivs att 3, 15 c, 16, 17 a och 20 §§ lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Vård *skall* också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Vård *skall* också beslutas om den som dömts till sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken vid verkställighetens slut bedöms vara i uppenbart behov av fortsatt vård för att inte löpa sådan risk som avses i första stycket.

Om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är så påverkad av *berusningsmedel* att han eller hon inte kan hållas till ordningen, får den intagne hållas i avskildhet. Han eller hon *skall* då stå under fortlöpande uppsikt av personalen. Den intagne

Föreslagen lydelse

3 §¹⁰

Vård *ska* också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk *eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel*, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Vård *ska* också beslutas om den som dömts till sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken vid verkställighetens slut bedöms vara i uppenbart behov av fortsatt vård för att inte löpa sådan risk som avses i första stycket.

15 c §¹¹

Om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är så påverkad av *alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel* att han eller hon inte kan hållas till ordningen, får den intagne hållas i avskildhet. Han eller hon *ska*

¹⁰ Senaste lydelse 2006:896.

¹¹ Senaste lydelse 2003:406.

får dock inte hållas i sådan avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd.

Är den intagne under 15 år *skall* läkare skyndsamt yttra sig om varje åtgärd som vidtas enligt första stycket. Om läkaren begär det *skall* åtgärden genast avbrytas.

då stå under fortlöpande uppsikt av personalen. Den intagne får dock inte hållas i sådan avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd.

Är den intagne under 15 år *ska* läkare skyndsamt yttra sig om varje åtgärd som vidtas enligt första stycket. Om läkaren begär det *ska* åtgärden genast avbrytas.

16 §¹²

Den som omfattas av bestämmelserna i 15 § får inte inneha *narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel* eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor eller injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmedel med narkotika. Den unge får inte heller inneha något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Om sådan egendom påträffas, *skall* den omhändertas.

Den som omfattas av bestämmelserna i 15 § får inte inneha *alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel* eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor eller injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmedel med narkotika. Den unge får inte heller inneha något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Om sådan egendom påträffas, *ska* den omhändertas.

17 a §¹³

Den intagne är, om inte annat föranleds av medicinska

Den intagne är, om inte annat föranleds av medicinska

¹² Senaste lydelse 2005:468.

¹³ Senaste lydelse 2007:1312.

eller liknande skäl, skyldig att efter uppmaning lämna blod-, urin- eller utandningsprov för kontroll av om han eller hon är påverkad av *narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i 1 § lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel* eller sådana medel som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor, om det kan misstänkas att den intagne är påverkad av något sådant medel.

eller liknande skäl, skyldig att efter uppmaning lämna blod-, urin- eller utandningsprov för kontroll av om han eller hon är påverkad av *alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel eller sådana medel* som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor, om det kan misstänkas att den intagne är påverkad av något sådant medel.

20 §¹⁴

Har *narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel* eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 16 eller 19 § eller har sådan egendom påträffats inom ett hem för särskilt noggrann tillsyn utan att det finns någon känd ägare till egendomen, *skall* Statens institutionsstyrelse låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § första stycket 1 lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Har *alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel* eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 16 eller 19 § eller har sådan egendom påträffats inom ett hem för särskilt noggrann tillsyn utan att det finns någon känd ägare till egendomen, *ska* Statens institutionsstyrelse låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § första stycket 1 lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

¹⁴ Senaste lydelse 2005:468.

Detsamma *skall* gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika.

Detsamma *ska* gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

7 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs att 11 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Om någon till följd av ålderdomssvaghet, sjuklighet, långvarigt missbruk av *beroendeframkallande* medel eller någon annan liknande orsak är ur stånd att själv ta hand om sådant ekonomiskt stöd från kommunen som avses i 9 § 2, får kommunen besluta att ersättningen skall betalas ut till någon annan person för att användas till kostnader för personlig assistans till den stödberättigade.

11 §¹⁵

Om någon till följd av ålderdomssvaghet, sjuklighet, långvarigt missbruk av *alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande* medel eller någon annan liknande orsak är ur stånd att själv ta hand om sådant ekonomiskt stöd från kommunen som avses i 9 § 2, får kommunen besluta att ersättningen skall betalas ut till någon annan person för att användas till kostnader för personlig assistans till den stödberättigade.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

¹⁵ Senaste lydelse 2005:125.

8 Förslag till lag om ändring i lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.

Härigenom föreskrivs att 3, 4 och 6 §§ lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. ska följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Om det behövs med hänsyn till den omhändertagnes tillstånd, skall han så snart det kan ske undersökas av en läkare.

Föreslagen lydelse

3 §¹⁶

Den omhändertagne ska föras till en av landstinget anordnad enhet för tillnyktring, om inte särskilda skäl talar däremot.

Har landstinget genom samarbetsavtal med ett annat landsting eller en kommun sört för att tillnyktring kan ske på en enhet som anordnas av annan huvudman, ska den omhändertagne föras dit.

4 §¹⁷

En omhändertagen person som inte bereds vård på sjukhus eller någon annan vårdinrättning och inte heller tas om hand på något annat sätt eller annars kan friges får hållas kvar. Den omhändertagne får därvid tas i förvar om det är nödvändigt med hänsyn till ordning eller säkerhet. Förvaras den omhändertagne hos Kriminalvården skall myndigheten utöva tillsyn över den omhändertagne enligt 6 § samt fullgöra de uppgifter som avses i 7 § första och andra styckena, om inte uppgifterna

En omhändertagen person som inte bereds vård på en enhet för tillnyktring som avses i 3 § och inte heller tas om hand på något annat sätt eller annars kan friges får hållas kvar. Den omhändertagne får därvid tas i förvar om det är nödvändigt med hänsyn till ordning eller säkerhet. Förvaras den omhändertagne hos Kriminalvården ska myndigheten utöva tillsyn över den omhändertagne enligt 6 § samt fullgöra de uppgifter som avses i 7 § första och andra styckena, om inte uppgifterna

¹⁶ Senaste lydelse 1984:391.

¹⁷ Senaste lydelse 2005:973.

har fullgjorts av polisen.

har fullgjorts av polisen.

6 §¹⁸

Den som är omhändertagen skall fortlöpande ses till. Skulle den omhändertagnes tillstånd ge anledning till det, skall den omhändertagne föras till sjukhus eller läkare tillkallas så snart det kan ske.

Den som är omhändertagen ska fortlöpande ses till. En polisman får om det behövs ta alkoholutandningsprov på den omhändertagne. Om den omhändertagne inte är förd till enhet som avses i 3 §, har landstinget ett ansvar för att polisen eller personalen hos Kriminalvården har tillgång till medicinsk bedömning under den omhändertagnes tillnyktring.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

¹⁸ Senaste lydelse 1998:751.

9 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs i fråga om offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

dels att 25 kap 12 § och 26 kap. 9 § ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas två nya paragrafer , 25 kap. 12 a § och 26 kap. 9 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

25 kap.

12 §

Sekretessen enligt 1 §, 2 § andra stycket och 3–5 §§ hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,
2. fortgående *missbrukar* alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller
2. fortgående *har problem med missbruk eller beroende av* alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

12 a §

Sekretessen enligt 1 §, 2 § andra stycket och 3–5 §§ hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten,

om det behövs för att kunna följa upp ett ärende om stöd, vård eller behandling enligt lagen (2011:00) om missbruks- och beroendevård.

26 kap.

9 §

Sekretessen enligt 1 § hindrar inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,

2. fortgående *missbrukar* alkohol, narkotika eller flyktiga lös-

2. fortgående *har problem med missbruk eller beroende av* alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel, eller annat liknande medel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

26 kap.

9 a §

Sekretessen enligt 1 § hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att kunna följa upp ett ärende om stöd, vård eller behandling enligt lagen (2011:00) om missbruks- och beroendevård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

10 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs att 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 12–14 §§ och av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
 2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
 3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.
- 3. har problem med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel.*

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

11 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

Härigenom föreskrivs att 2, 3 och 6 §§ lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Sprututbytesverksamhet får bedrivas endast av landsting inom ramen för dess hälso- och sjukvård och sedan Socialstyrelsen har meddelat tillstånd till verksamheten.

Tillstånd får meddelas endast om den eller de kommuner där verksamheten skall bedrivas har biträtt ansökan.

3 §

Innan en ansökan om tillstånd ges in, skall samråd ske mellan landstinget och samtliga kommuner inom landstinget.

I ansökan skall landstinget redovisa hur behovet av *avgiftning* och vård av *missbrukare* kommer att tillgodoses.

I ansökan *ska* landstinget redovisa hur behovet av *abstinensvård* och vård av *personer som missbrukar narkotika* kommer att tillgodoses.

6 §

En spruta eller en kanyl får lämnas ut av landstinget endast om en begagnad spruta eller kanyl samtidigt lämnas in. Utlämnande får dock ske om det finns särskilda skäl till varför motsvarande begagnade sprutor och kanyler inte kan lämnas in.

Sprutor och kanyler som lämnas ut *skall* vara märkta på ett sådant sätt att det går att fastställa ursprunget.

Sprutor eller kanyler får lämnas ut endast till den som har fyllt 20 år. Utlämnande får

Sprutor och kanyler som lämnas ut *ska* vara märkta på ett sådant sätt att det går att fastställa ursprunget.

Sprutor eller kanyler får lämnas ut till den *som vistas i landstinget och har fyllt 18 år.*

ske endast vid personligt besök. Utlämnande får ske endast vid personligt besök.
Endast personer som kan anses bosatta i ett landsting som har beviljats tillstånd får delta i sprututbytesverksamhet i det landstinget.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

12 Förslag till lag om ändring i polislagen (1984:387)

Härigenom föreskrivs att 12 a § polislagen (1984:387) ska upphöra att gälla vid utgången av december 2012.

13 Förslag till förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100)

Härigenom föreskrivs att 11 § högskoleförordningen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Högskolorna ska ansvara för att studenterna har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa. Högskolorna ska även ansvara för andra uppgifter av studiesocial karaktär som stöder studenterna i deras studiesituation eller underlättar övergången till arbetslivet samt för att studenterna i övrigt har en god studiemiljö.

Föreslagen lydelse

11 §¹⁹

Högskolorna ska ansvara för att studenterna har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa. *Arbetet med att tidigt upptäcka och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel och andra liknande medel ska särskilt utvecklas som en del av de hälsofrämjande och rehabiliterande insatserna för studenterna i högskolorna.*

Högskolorna ska även ansvara för andra uppgifter av studiesocial karaktär som stöder studenterna i deras studiesituation eller underlättar övergången till arbetslivet samt för att studenterna i övrigt har en god studiemiljö.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2013.

¹⁹ Senaste lydelse 2009:770.

14 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 1 §, 3 kap. 6, 10, 13 och 18 §§ samt 8 kap. 1 § socialtjänstförordningen (2001:937) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

1 §

I denna förordning ges kompletterande föreskrifter till

- socialtjänstlagen (2001:453),
- lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
- *lagen (1988:870) om vård*

av missbrukare i vissa fall.

De uttryck och benämningar som används i förordningen har samma betydelse som i dessa lagar.

3 kap.

6 §

Hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *skall* ha tillgång till läkare. En sådan läkare bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.

Hem som ger vård och behandling åt *missbrukare* av alkohol, narkotika eller *flyktiga lösningsmedel* bör ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet.

Dessutom bör hem som avses i denna bestämmelse ha tillgång till psykologisk expertis.

Hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *ska* ha tillgång till läkare. En sådan läkare bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.

Hem som ger vård och behandling åt *dem som missbrukar* alkohol, narkotika, *läkemedel, dopningsmedel* eller *andra liknande medel* bör ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet.

Dessutom bör hem som avses i denna bestämmelse ha tillgång till psykologisk expertis.

10 §²⁰

Statens institutionsstyrelse beslutar om inskrivning i de hem för vård eller boende som avses i 6 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453).

Av 25 § andra stycket lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall framgår att det förutom ett beslut om inskrivning fordras ett särskilt intagningsbeslut för den som tas in med stöd av nämnda lag.

För ungdomar som vårdas enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård gäller särskilda regler.

13 §

Om det för den som ansökan avser finns ett beslut om omhändertagande eller om vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *eller enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, skall* en kopia av eller annan underrättelse om det verkställbara beslutet fogas till ansökan.

Om det för den som ansökan avser finns ett beslut om omhändertagande eller om vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *ska* en kopia av eller annan underrättelse om det verkställbara beslutet fogas till ansökan.

18 §²¹

För den som vårdas i ett hem för särskild tillsyn ska det i journalen alltid antecknas de beslut som fattats av Statens institutionsstyrelse enligt 11 § första stycket, 15 a–17 a, 19, 20 §§ och 43 § 3 lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. *Även beslut enligt 31–32 a, 33 a–36 §§ och 45 § 4 lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska antecknas i journalen.*

För den som vårdas i ett hem för särskild tillsyn ska det i journalen alltid antecknas de beslut som fattats av Statens institutionsstyrelse enligt 11 § första stycket, 15 a–17 a, 19, 20 §§ och 43 § 3 lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

²⁰ Senaste lydelse 2005:473.

²¹ Senaste lydelse 2007:1316.

8 kap.1 §²²

Socialstyrelsen får meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser

- | | |
|--|---|
| 1. barn och unga, | |
| 2. äldre <i>personer</i> , | 2. äldre <i>människor</i> , |
| 3. <i>personer</i> med funktionsnedsättning, | 3. <i>människor</i> med funktionsnedsättning, |
| 4. <i>missbrukare</i> , och | 4. <i>människor med missbruksproblem</i> , och |
| 5. <i>personer</i> som anges i 5 kap. 11 § socialtjänstlagen (2001:453). | 5. <i>människor</i> som anges i 5 kap. 11 § socialtjänstlagen (2001:453). |

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2013.

²² Senaste lydelse 2009:861.

1 Uppdrag, arbetsprocess och inriktning

1.1 Uppdraget

Regeringen beslutade den 24 april 2008 om direktiv och att tillsätta en utredare för att göra en översyn av missbruks- och beroendevården. Till särskild utredare förordnades därefter Gerhard Larsson. Det praktiska utredningsarbetet inleddes hösten 2008.

Med målsättningen att skapa en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård som utgår från den enskildes behov ska utredaren 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 uppdraget ingår att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården kan tydliggöras samt överväga behovet av förändringar av ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen. Utredaren ska även se över hur ansvaret för tillnyktringsverksamhet enligt lagen (1976:516) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB) bör organiseras.¹

Tyngdpunkten i uppdraget är att:

- Förbättra individens tillgänglighet till rätt insats vid rätt tidpunkt.
- Tydliggöra kommunens och landstingets ansvar för centrala länkar i vårdkedjan, till exempel tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, och behandling.
- Tydliggöra huvudmännens ansvar för olika målgrupper, till exempel personer med riskabel konsumtion och personer med

¹ För utredningens uppdrag i sin helhet, se dir. 2008:48 i bilaga 1.

- samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom.
- Överväga förändringar av den nuvarande ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen.
 - Belysa hur samverkan mellan de två huvudmännen å ena sidan och staten genom Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse å den andra sidan kan utvecklas för att klienterna ska kunna erbjudas en adekvat behandling.
 - Föreslå hur insatser som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet kan spridas till hela landet.
 - Utveckla samspelet mellan insatser med respektive utan samtycke i en sammanhållen vård- och stödprocess.
 - Analysera ansvaret för att planera och samordna vården samt följa upp insatsernas effekter och effektivitet.

Utredningen ska överlämna sina förslag till regeringen senast den 15 april 2011.²

Regeringens uppdrag betyder att det för första gången anläggs en nationell helhetsyn på:

- Riskbruk, missbruk och beroende av alla de fyra psykoaktiva substansgrupperna: alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel.
- Samhällets samlade insatser, det vill säga kommunernas och landstingens, statens genom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM, samt privata och ideella organisationers roll.

1.2 Sekretariat, experter och referensgrupper

Utredaren har till sin hjälp haft ett sekretariat med bred kompetens inom analys, medicin och psykiatri, socialvetenskap samt juridik och lagstiftning.

I utredningen har ingått en av äldre- och folkhälsoministern Maria Larsson utsedd expertgrupp bestående av representanter för Socialdepartementet, Justitiedepartementet och Finansdeparte-

² Se dir. 2010:120 i bilaga 2.

mentet, fyra statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), samt två verksamhetsföreträdare.³

Därutöver har utredaren tillkallat tre referensgrupper: en forskargrupp med 14 ledande forskare och experter inom missbruksområdet i Sverige, en brukargrupp med företrädare för ett knappt 30-tal brukar- och anhängigorganisationer, samt en grupp med ett 10-tal yrkesföreträdare som representerar yrkesgrupper verksamma inom missbruks- och beroendevården.⁴

Utredningens ambition har varit att bedriva en öppen utredningsprocess med regionala hearingar, debatt i media och diskussion på konferenser och andra sammankomster om möjliga lösningar, verksamhetsbesök, samt dialog med ett stort antal brukare och deras anhöriga. Information om utredningsarbetet har löpande publicerats på utredningens hemsida, www.missbruksutredningen.se.

1.3 Utredningens arbetsprocess

1.3.1 Från analys till förslag

Utredningens arbetsprocess från analys till slutliga förslag har organiserats och bedrivits i ett antal steg.

1. Kartläggningar av nuvarande förhållanden i Sverige
2. Internationell översikt
3. Diskussionspromemorian *Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården* med alternativa lösningsförslag, publicerades i januari 2010
4. Analys av 75 remissvar på diskussionspromemorian⁵
5. Delbetänkandet *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6) med vetenskapliga underlag för utredningens förslag, publicerades i januari 2011
6. Slutbetänkandet *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret* (SOU 2011:35) med utredningens förslag och analys, publicerades i april 2011

³ För en förteckning av deltagarna i expertgruppen, se bilaga 3.

⁴ För information om deltagande personer och organisationer i de olika referensgrupperna, se bilaga 4.

⁵ Sammanställningen av remisserna har publicerats på utredningens hemsida.

Utredningens analys och förslag till framtida missbruks- och beroendevård i föreliggande slutbetänkande är en produkt av den ovan beskrivna arbetsprocessen.

1.3.2 Kartläggningar och internationell översikt

I kartläggningsarbetet har flera olika källor använts: statistik, rapporter och andra underlag från statliga myndigheter, såsom Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Läke medelsverket, Statens institutionsstyrelse, Kriminalvården, Rikspolisstyrelsen, tidigare statliga utredningar, uppgifter inhämtade från kommuner och landsting i egenskap av huvudmän för missbruks- och beroendevården, samt publikationer från universitet och forskningsorgan, såsom Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet, och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

Utredningen har organiserat regionala hearingar på åtta platser i Sverige samt besökt ett stort antal offentliga och privata verksamheter inom missbruks- och beroendevården. Vidare har utredningen initierat ett 30-tal kartläggningar och kunskapsöversikter, varav ett 20-tal ingår i ovan nämnda forskningsbilaga. Bland de kunskapsunderlag som inte ingår i forskningsbilagan finns bland annat en kartläggning av missbruks- och beroendevården i fem län samt kunskapsöversikter om vårdbehov och insatsutbud för barn och ungdomar, gravida kvinnor, personer med funktionsnedsättning och äldre. Dessa underlag har publicerats på utredningens hemsida.

Den internationella översikten omfattar en kartläggning av missbruks- och beroendevården i åtta länder. Kartläggningen har kompletterats med studiebesök i Norge, Danmark, Frankrike, Nederländerna och Australien. Utredningen planerar att separat publicera en fördjupad internationell översikt.

1.3.3 Diskussionspromemoria och remissvar

Utifrån kartläggningarna identifierade utredningen två centrala frågor som diskuterades i promemorian *Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården*. Den ena frågan gällde kommunernas och landstingens

ansvar för vård, behandling och stöd av personer med missbruk eller beroende. Den andra gällde tvångsvårdens utformning.

Vid remissbehandlingen av promemorian inkom cirka 75 remissvar från myndigheter, kommuner och landsting, forskningsorgan, brukarorganisationer och andra ideella organisationer samt företag. De uppfattningar som framfördes i remissvaren har utgjort ett viktigt underlag för utredningens förslag. Remissvaren har sammanställts och finns tillgängliga inom utredningen.

1.3.4 Forskningsbilagan

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. Inom ramen för översynen har utredningen, som ovan nämnts, därför låtit ett 40-tal ledande forskare och experter inom missbruksområdet ta fram kunskapsunderlag i form av olika forskningsrapporter och kunskapsöversikter. I forskningsbilagan *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6) publicerades ett urval om knappt 20 underlag. Ytterligare vetenskapliga underlag har publicerats på utredningens hemsida. Underlagen finns tillgängliga i utredningen.

1.4 Avsiktsförklaring

För att vägleda inriktningen av utredningsarbetet formulerade utredaren tidigt i arbetsprocessen en avsiktsförklaring.

Utredningens förslag ska syfta till att stärka individens ställning och förbättra tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser för personer med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel samt för personer som har en riskabel konsumtion. Det är vidare utredningens utgångspunkt att missbruks- och beroendevården ska vara frivillig, i den mening att enskilda ska erbjudas vård, behandling och stöd som de kan samtycka till eller avböja. Vård utan samtycke ska i vissa undantagsfall kunna ingå som en avgränsad del i en sammanhängande vård- och stödprocess.

De slutliga förslagen utgår från denna avsiktsförklaring.

1.5 Tio motiv för en reform

De lagar som reglerar missbruks- och beroendevården tillkom för omkring 30 år sedan. Samhällsutvecklingen, ökad internationell rörlighet, framväxten av nya värderingar, förändringar i missbruks-situationen och vårdbehoven, patienternas och klienternas önske-mål om vårdens utformning, samt ny kunskap om effektiva behandlings- och stödsatser motiverar en omprövning av lagstiftningen. Utredningen presenterar nedan tio centrala motiv för en reform.

- Förändrad missbrukssituation skapar nya vårdbehov
- Vården når endast en av fem med missbruk eller beroende
- Vården uppfattas inte som attraktiv
- Investeringar i vård kan minska skador och kostnader
- Otydligt ansvar drabbar individen och vårdens effektivitet
- Ojämlig tillgång på vård
- Tvångsvården brister i innehåll, form och rättsäkerhet
- Kunskapen och kompetensen är otillräcklig
- Vårdens utveckling utmanar nuvarande lagstiftning
- Små kommuner har ekonomiskt svårt att bära modern vård

De tio reformmotiven är utförligt beskrivna och faktamässigt underbyggda i olika delar av betänkandet, samt summerade i sammanfattningen.

1.6 Åtta reformområden med 70 förslag

Utredningens förslag till en reformerad och utvecklad missbruks- och beroendevård omfattar åtta reformområden.

- Tidig upptäckt och kort intervention
- Tydligare ansvar för effektivare vård
- Stärkt ställning för individen
- Vårdens innehåll, boende och sysselsättning
- Bättre kvalitet, kunskap och kompetens
- Vård utan samtycke
- Polisens och kriminalvårdens roll
- Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen

Inom varje reformområde lämnar utredningen ett antal förslag till förändringar. Totalt lämnas ett 70-tal konkreta förslag. Vissa förslag syftar till att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar och utveckla huvudmännens verksamhet och insatser. Andra förslag gäller förändringar och utveckling av statens egen verksamhet. Ytterligare andra handlar om individens ställning eller brukarorganisationernas roll.

Utredningen lägger ett betydande antal förslag om lagstiftning, bland annat en ny lag om missbruks- och beroendevård och en förändrad tvångsvårdslagstiftning. Därutöver föreslår utredningen väsentliga förändringar i andra lagar samt följdändringar i en rad ytterligare författningar.

1.7 Finansiering och genomförande

Utredningen lämnar förslag till finansiering och genomförande samt redovisar förslagets konsekvenser. Finansiering föreslås ske på tre sätt. Skatteväxling mellan kommuner och landsting för överföring av uppgifter mellan de kommunala huvudmännen, statliga bidrag till kommunsektorn för utökade kommunala åtaganden, samt anslag till statliga myndigheter för nya uppgifter.

Den ojämna utbyggnaden av missbruks- och beroendevården mellan olika kommuner och landsting, inom ramen för nuvarande lagstiftning, motiverar utökad verksamhet hos vissa enskilda kommuner och landsting, utan särskild finansiell kompensation. Bidrag till dessa huvudmän för denna utbyggnad skulle vara orättvist i relation till de huvudmän som redan prioriterat och byggt upp verksamhet utan statliga bidrag.

Utredningen menar också att investeringarna i missbruks- och beroendevård bör öka för att möta nuvarande och framtida vårdbehov. Samtidigt bedömer utredningen att förslagen om tidigare insatser samt effektivare vård och behandling på sikt leder till minskade missbruksrelaterade kostnader för såväl kommunerna och landstingen som för samhället i vidare mening.

Landstingens och kommunernas kostnader för missbruks- och beroendevård uppgår idag till cirka 17 miljarder kronor per år. Missbrukets samhällsekonomiska kostnaderna är enligt utredningens beräkningar cirka nio gånger högre eller totalt 150 miljarder. Utredningens uppskattar att effekten av utredningens

förslag inom en period om fem till tio år bör kunna minska de samhällsekonomiska konsekvenserna med 5–8 miljarder kronor.

Utredningen ser ett snabbt genomförande av förslagen som angeläget mot bakgrund av de konstaterade bristerna i vården av personer med missbruk eller beroende. Den nya lagstiftningen föreslås träda i kraft den 1 januari 2013. Särskilda övergångsregler under ett halvår har föreslagits för att underlätta införandet av den förändrade tvångsvården.

Vissa andra förslag genomförs successivt under en längre tidsperiod, till exempel beräknas auktoriseringen av behandlingshem och uppbyggnaden av en valfrihetsbas med information om auktoriserade vårdgivare genomföras under en treårsperiod.

För att underlätta överföringen av uppgifter mellan kommuner och landsting samt överföringen av tvångsvården från staten till landstingens samt hanteringen av vissa andra frågor föreslår utredningen att regeringen utser en nationell samordnare med uppgift att bistå huvudmännen i genomförandet av reformen.

2 Tidig upptäckt och intervention

2.1 Mer tidiga insatser

Utredningens bedömning: Tidig upptäckt och intervention vid riskbruk, missbruk eller beroende är en effektiv insats som i dag inte används i tillräcklig omfattning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

2.1.1 Omfattande dolt missbruk

Det finns ett omfattande dolt missbruk. Det är många personer med riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger som inte är kända inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och därigenom inte kan erbjudas vård, behandling och stöd för att förhindra att ett riskbruk övergår i missbruk eller beroende eller för att komma ifrån eller motivera till mer omfattande behandlingsinsatser vid ett mer etablerat missbruk eller beroende.

Utredningen bedömer att vården i dag endast når cirka en av fem av det totala antalet personer med olika typer av beroendestillstånd relaterade till alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel. Personer med riskbruk, vilka sällan har hunnit utveckla hälsomässiga eller sociala skador, nås i än lägre utsträckning.

Många av de klienter och patienter som söker hjälp inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten för olika somatiska, psykiska eller sociala problem har samtidigt ett riskbruk, missbruk eller beroende som påverkar den sociala situationen och hälsotillståndet. Negativa konsekvenser för närstående, särskilt barn, kan föreligga, vilket inte alltid direkt framgår vid kontakttillfället. Detta riskbruk, missbruk eller beroende uppmärksammas ofta inte av vården. Samtidigt säger aktuell kunskap om samsjuklighet att behandling av

missbruket eller beroendet och den psykiska eller somatiska sjukdomen ska ske samtidigt för att ha bästa effekt. Om inte riskbruket, missbruket eller beroendet uppmärksammas finns risken att behandlingsinsatser inte har avsedd verkan. Depression, värktillstånd och högt blodtryck är exempel på vanliga hälsoproblem som inte sällan kompliceras av alkohol- och drogkonsumtion. Försörjningssvårigheter, bostadsproblem och svikt i omsorgsförmågan för barn är exempel på sociala problem.

Den svenska missbruks- och beroendevården, traditionellt organiserad med socialtjänsten som bas, har i första hand fokuserat på personer med missbruk eller beroende i kombination med vanligtvis omfattande sociala problem. De personer vars missbruk haft allvarliga konsekvenser i form av arbetslöshet och försörjningsproblem, eller i de mest uttalade fallen även hemlöshet och kriminalitet, har varit utgångspunkten för vårdens utformning, även om det finns exempel på kommunal missbruks- och beroendevård som är utformad för att nå socialt etablerade personer.

Utredningens analys av den svenska missbrukssituationen visar att flertalet med riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol och andra droger är socialt etablerade personer med arbete, bostad och familj. Antalet personer med riskabel alkoholkonsumtion uppgår till cirka 1 000 000. Av dessa uppfyller, enligt utredningens egna skattningar, cirka 330 000 personer diagnoskriterierna för alkoholberoende under de senaste tolv månaderna. Omkring 450 000 bedöms uppfylla diagnoskriterierna för skadligt bruk (missbruk). Av de 330 000 med alkoholberoende bedöms cirka 25 000 samtidigt ha betydande sociala problem, till exempel i form av hemlöshet och kriminalitet.

Det finns ingen anledning att tro att situationen är påtagligt annorlunda när det gäller andra missbrukssubstanser. Även när det gäller användning av narkotika, läkemedel och dopningsmedel finns det en betydande andel personer som uppfyller kriterierna för missbruk eller beroende, men som är socialt väl fungerande med bostad, arbete och familj.

2.1.2 Effektiv insats

Med tidig upptäckt eller identifikation avser utredningen i första hand att aktivt uppmärksamma personer på att de använder alkohol eller andra droger på ett riskabelt sätt. Detta kan till exempel ske i

samband med samtal kring patientens besvär. För att uppmärksamma fler personer med riskabla alkohol- och drogvanor bör det bedrivas ett systematiskt arbete med stöd av olika instrument för problemlösning och problembedömning, bland annat screening med AUDIT eller DUDIT. Detta arbete kan också ske med hjälp av urin- eller blodprov som kan påvisa substansen eller nedbrytningsprodukter av substansen eller indikera belastning av de organsystem som är involverade i att bryta ner substansen. Vid screening kommer inte bara riskkonsumenter utan även personer med större problemtynghet att identifieras, till exempel personer med alkoholberoende.

Med kort intervention avser utredningen korta rådgivande insatser som i första hand syftar till att hindra att ett riskbruk utvecklas till ett mer etablerat missbruk eller beroende. Men det kan också vara korta rådgivande insatser till personer som uppfyller kriterierna för missbruk (skadligt bruk) eller beroende. I många fall är sådana begränsade insatser effektiva även vid utvecklat beroende. I andra fall har insatsen karaktären att motivera den enskilde till att söka behandling för det aktuella missbruks- eller beroendetillståndet. Behandling kan bedrivas såväl inom primärvården som den specialiserade vården. Kort intervention eller kort rådgivning kan ske med olika motiverande insatser, bland annat motiverande rådgivning (FRAMES) och motiverande samtal (MI).

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården konstateras att systematiskt arbete med tidig identifikation och kort intervention inom hälso- och sjukvården har dokumenterat positiva effekter i form av att begynnande alkoholproblem kan upptäckas och åtgärdas tidigare samt att kort rådgivning hjälper många patienter att komma till rätta med de identifierade alkoholproblemen. De positiva effekterna har i varierande grad dokumenterats inom primärvården, akutvården och den psykiatriska vården. Däremot saknas effektstudier av tidig identifikation och kort intervention inom socialtjänsten. Det är också dokumenterat att kort rådgivning är en kostnadseffektiv insats i relation till dess problemlösande effekt i jämförelse med alternativa insatser med motsvarande effekt.¹

¹I detta sammanhang ska också de nyligen publicerade utkastet till nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder noteras. I dessa baseras rekommendationerna på tre olika rådgivningsnivåer: kort rådgivning (<10 minuter), rådgivning (10–30 minuter) och kvalificerad rådgivning (>30 minuter). Kort rådgivning och rådgivning motsvarar det utredningen avser med rådgivning medan kvalificerad rådgivning snarast motsvarar det utredningen avser med behandling.

Utredningens analys i kapitel 20 och kartläggningar i forskningsbilagan kompletterar bilden av kunskapsläget. Det finns enligt utredningens mening goda skäl att anta att kort intervention är effektiv även vid riskbruk, missbruk och beroende av andra droger än alkohol, samt att kort intervention även kan organiseras inom socialtjänsten och företagshälsovården, med motsvarande positiva effekter som har dokumenterats inom primärvården, akutvården och den psykiatriska vården. I nämnda analysavsnitt och kunskapsunderlag beskrivs även hur arbetet med tidig identifikation och intervention lämpligen kan organiseras och bedrivas.

2.1.3 Låg ambitionsnivå

Utredningens analys visar att arbetet med att tidigt identifiera och intervensera vid riskbruk, missbruk och beroende av alkohol och andra droger i dag sker i alltför begränsad omfattning inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Detta är olyckligt mot bakgrund av att insatsen har dokumenterat positiva effekter och är jämförelsevis kostnadseffektiv.

Den var också den begränsande användningen av tidig identifikation och intervention som föranledde regeringen att ge Folkhälsoinstitutet i uppdrag att bedriva det så kallade riskbruksprojektet. Projektet som avslutades under 2010 syftade till att utveckla arbetet med att, företrädesvis genom samtal med patienten, uppmärksamma och kort intervensera vid riskbruk inom primärvården och företagshälsovården. Projektet bedrevs i samverkan med landstingen och företagshälsovårdens enheter. Resultaten framstår generellt som positiva i den mening att arbetet med att tidigt identifiera och intervensera har vunnit insteg och systematiserats inom flera av hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden, bland annat inom mödrahälsovården.

Den kommunala socialtjänsten omfattades inte av riskbruksprojektet. Socialtjänsten har i viss utsträckning möjlighet att nå ungdomar via fältassistenter eller via viss öppen ungdomsverksamhet. Skolan är också en viktig arena för att tidigt identifiera

I riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder rekommenderas bland annat att hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivning utan uppföljning till personer med riskbruk av alkohol, erbjuda webb- och datorbaserad rådgivning till personer med riskbruk av alkohol, samt erbjuda rådgivning med uppföljning eller kvalificerad rådgivning till personer med riskbruk av alkohol. Rekommendationerna bygger på en sammanvägning av kostnad och förväntad nytta.

alkohol- och drogproblem. I övrigt förefaller det finnas få kommunala exempel på systematiskt arbete med tidig identifikation och intervention.

Det har sålunda skett en positiv utveckling, särskilt inom primärvården inklusive mödrahälsovården och företagshälsovården, när det gäller arbetet med tidig identifikation och intervention. Men det finns fortfarande många verksamheter inom vilka det är angeläget att vidareutveckla arbetet.

2.1.4 Flera viktiga aktörer

Tidig identifiering av alkohol- och drogproblem kräver för att vara effektiv breda kontaktytor gentemot befolkningen. Om ansvaret för tidig identifikation och intervention begränsas till att omfatta endast en huvudman eller personalen inom vissa avgränsade verksamhetsområden reduceras kontaktytorna gentemot befolkningen och därmed försämras förutsättningarna för att tidigt uppmärksamma personer med riskbruk och avhjälpa problem.

Det är också viktigt att den som uppmärksammar alkohol- och drogproblem kan utföra kort intervention samt har möjlighet att i komplicerade fall hänvisa vidare till den huvudman som har ansvar för behandling av personer med missbruk eller beroende. Annars finns en risk att problem inte kan hanteras på ett ändamålsenligt sätt eller att den verksamhet som inte kan utföra kort intervention eller hänvisa vidare till behandling undviker att uppmärksamma problem.

Inom hälso- och sjukvårdens område är primärvården inklusive mödra- och barnhälsovården viktiga verksamheter för identifikation och intervention. Till primärvården söker sig stora delar av befolkningen med olika former av hälsoproblem, vilka i flera fall kan vara direkt eller indirekt förknippade med användning av alkohol och andra droger. I detta sammanhang är det dock viktigt att uppmärksamma att primärvården liksom hälso- och sjukvården i stort följer en grundläggande logik enligt vilken patienter frivilligt söker kontakt för att få hjälp med upplevda hälsoproblem. Det är sålunda i hög grad patienten själv som definierar vilket hälsoproblem som ska stå i fokus för hälso- och sjukvårdens insatser.

De renodlat förebyggande verksamheterna mödrahälsovård respektive barnhälsovård erbjuds som generell service. Mödrahälsovården och barnhälsovården arbetar i jämförelse med primärvården

i övrigt mer proaktivt genom att på eget initiativ kalla samtliga mödrar och barn till olika besök, kontroller och undersökningar.

Utredningens kartläggningar av samsjuklighet visar också att det finns många patienter som söker vård för psykiska eller somatiska sjukdomstillstånd som även har missbruks- eller beroendeproblem, vilka bör adresseras för att kunna ge effektiv vård och behandling. Inom den specialiserade vården är beredskapen ofta begränsad när det gäller att identifiera och kort intervensera vid missbruk eller beroende.

Studenthälsovården är en viktig aktör för tidig identifikation och kort intervention när det gäller studenter och andra unga vuxna. Studenter och andra unga vuxna tillhör de grupper i befolkningen inom vilka riskabel konsumtion av alkohol och andra droger är mest utbredd.

Elevhälsovården är på motsvarande sätt en viktig aktör för tidig identifikation och kort intervention när det gäller elever i skolan. Åldersmässigt är det under senare delen av grundskolan och i gymnasieskolan som många elever första gången kommer i kontakt med alkohol och andra droger.

Företagshälsovården är en viktig aktör för tidig identifikation och kort intervention för arbetstagare. En betydande del av den totala konsumtionen av alkohol sker inom ramen för eller i direkt anslutning till arbetet och flertalet personer med riskbruk.

Socialtjänsten kommer i kontakt med många personer med alkohol- och drogproblem endera genom att personer söker hjälp för missbruk eller beroende eller att social problematik försvåras av underliggande alkohol- eller drogproblem. Inom socialtjänstens ansvarsområde har olika alkohol- och drogrådgivningsverksamheter en viktig roll. Även i samband med handläggningen av ärenden rörande boende, sysselsättning och försörjning är det viktigt att arbeta systematiskt med att screena för riskbruk, missbruk eller beroende och vid behov vidta åtgärder. Socialtjänsten har också ett särskilt ansvar när det gäller förebyggande insatser och vård för barn och ungdomar.

2.1.5 Höjd ambitionsnivå

Mot denna bakgrund anser utredningen att ambitionsnivån för arbetet med identifikation och kort intervention bör höjas. Detta gäller generellt inom hälso- och sjukvården och det sociala arbetet.

Men det finns också vissa verksamhetsområden inom vilka särskilda insatser är motiverade, bland annat: primärvården, företagshälsovården, elevhälsan och studenthälsan.

Samtidigt vill utredningen framhålla att arbetet med att tidigt uppmärksamma och kort intervensera vid riskbruk av alkohol och andra droger måste organiseras och bedrivs på ett sådant sätt att det inte bryter mot den grundläggande logiken inom hälso- och sjukvården, det vill säga att patienter själva söker kontakt och definierar det eller de problem de önskar hjälp med att hantera. Om denna grundläggande logik inte respekteras, är det sannolikt att vården uppfattas som mindre attraktiv, vilket i förlängningen kan leda till att färre personer söker hjälp för sina problem.

Avgörande är därför att tidig identifikation och kort intervention genomförs med respekt för patientens val och i samklang med god etik i vården. Åtskilliga av de vanligaste hälsoproblemen kan ha samband med alkoholkonsumtion. Alkohol kan orsaka eller förvärra problem eller försvåra läkningsprocess eller interagera med läkemedel på ett sätt som reducerar läkemedlens effekt eller innebär risker för patienten. Det finns därför goda skäl att uppmärksamma alkoholvanorna.

Att inte kunna hantera sitt bruk av alkohol eller andra droger är fortfarande belagt med starka skamkänslor och sociala stigmata. Det är av yttersta vikt att socialtjänsten, hälso- och sjukvården, företagshälsovården, etc. inte ytterligare bidrar till denna stigmatisering genom en okänslig hantering. Därför menar utredningen att varje ansats till att identifiera och uppmärksamma den enskilde på förekomsten av problem, ska åtföljas av ett erbjudande om hjälp. Om hjälpen ges i form av kort intervention i direkt samband med att problem identifieras bedömer utredningen att möjligheterna till en framgångsrik problemhantering ökar. Omvänt anser utredningen att möjligheterna minskar om den verksamhet som identifierar problem måste hänvisa vidare till en annan verksamhet för kort intervention. När det gäller mer kvalificerade behandlings- eller stödinsatser kan det dock vara motiverat att hänvisa vidare.

2.2 Rådgivning

Utredningens förslag: Kommunen och landstinget ska var för sig ha ett ansvar för rådgivning till personer med riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol och andra droger.

Utredningen anser mot bakgrund av det ovan anförda att både kommunen och landstinget ska ha ett ansvar för rådgivning till personer med riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger.

Med rådgivning avses insatser i form av information och kunskap från en yrkesverksam till en patient eller klient i en specifik fråga som ges vid enstaka tillfällen. Rådgivning omfattar ett vitt spektrum av insatser som syftar till att medvetandegöra den enskilde om riskerna med konsumtion av alkohol eller andra droger. Exempelvis kan rådgivning syfta till att informera en person om att alkohol- och droganvändningen kan ge upphov till eller försämra ett aktuellt kroppsligt eller psykiatriskt sjukdomstillstånd. Screening och kort intervention ingår i rådgivning. Rådgivning har också som ett viktigt syfte att motivera till behandling. Motivationsarbete kan för att vara framgångsrikt ibland behöva bedrivas under betydande tid. Rådgivning avgränsas från psykosocial behandling genom att kriterierna för behandling inte är uppfyllda (jfr avsnitt 3.5).

Kommunernas och landstingens skyldighet att erbjuda rådgivning regleras i 4 och 5 §§ i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

2.3 Hälso- och sjukvården

Utredningens förslag: Landstinget ska i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården upprätta program inom primärvården i landstingsområdet som syftar till att tidigt identifiera och intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol och andra droger.

2.3.1 Tydligare skyldighet för landstinget

Nuvarande lagstiftning ger visst stöd för landstinget att arbeta med att tidigt identifiera och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende. I 2 c § HSL sägs att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Utredningen anser att ambitionsnivån bör höjas för landstingets arbete med att identifiera och intervensera vid riskbruk, missbruk och beroende. Detta sker lämpligen genom att i den lagstiftning som reglerar missbruks- och beroendevården tydliggöra landstingets skyldighet att arbeta med tidig identifikation och intervention.

Landstingets skyldighet att upprätta program inom primärvården för tidig identifikation och intervention regleras i 6 § av den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

2.3.2 Program för primärvården

Primärvården är av särskild betydelse när det gäller arbetet med tidig identifikation och intervention eftersom det är den verksamhet som har den bredaste kontaktytan gentemot den vuxna befolkningen i allmänhet. Det är också i den generella befolkningen som flertalet personer med riskbruk, missbruk eller beroende finns, vilka i dag inte nås av vården, och som de största hälsomässiga vinsterna kan göras genom adekvata insatser.

Utredningens egna kartläggningar och forskningsunderlag indikerar att arbetet med tidig identifikation och intervention i dag bedrivs med en varierande grad av systematik och engagemang inom primärvårdens olika enheter och verksamheter. I några landsting bedrivs ett mer systematiskt arbete med att identifiera alkohol- och drogproblem med stöd av olika screeninginstrument. I några landsting har primärvården också ett uttalat ansvar för behandling av beroendetillstånd. I flertalet landsting behöver emellertid arbetet med identifikation och intervention systematiseras och vidareutvecklas (se kapitel 20 och kapitel 10 forskningsbilagan).

Utredningen anser mot denna bakgrund att landstingen ska vara skyldiga att upprätta program inom primärvården för tidig identifikation och intervention. Denna skyldighet ska direkt gälla den primärvård som landstinget driver i egen regi. För att även omfatta primärvård som drivs av annan utförare bör varje landsting införa

som ett villkor i det fria vårdvalet att alla som bedriver primärvård ska arbeta i enlighet med principerna i programmet för att bli registrerade som utförare inom vårdvalet.

Praktiskt kan ett sådant vårdprogram omfatta att primärvårds-läkaren (husläkaren) eller annan lämplig personal i samband med att en patient som söker för ett hälsoproblem ska ställa frågor om alkohol- och drogvanor. Detta kan kombineras med provtagning. Vid konstaterat riskbruk bör läkaren diskutera alternativ livsstil i syfte att förebygga att riskbruket leder till ohälsa. Patienten bör också erbjudas förnyad kontakt för uppföljning och vid behov kort rådgivning. Den enskildes samtycke är givetvis en förutsättning för frågor om alkohol- och drogkonsumtion och eventuell uppföljning eller kort rådgivning vid konstaterat riskbruk.

2.3.3 Behandling och hänvisning av komplicerade fall

Tillgängliga undersökningar visar att det vid screening för riskbruk identifieras personer med allvarigare former av missbruk eller beroende som är i behov av behandling i specialiserad vård eller av stöd. I dessa fall är det viktigt att den verksamhet som identifierar en person i behov av specialiserad vård eller stöd endera har möjlighet att erbjuda eller hänvisa vidare till andra behandlings- och stödinsatser inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

Inom hälso- och sjukvården ska patienter med vanligt förekommande missbruks- och beroendetillstånd normalt kunna erbjudas behandling inom primärvården, till exempel läkemedelsbehandling och psykosocial behandling av alkoholberoende. I komplicerade fall ska primärvården kunna remittera eller hänvisa till den specialiserade vården för behandling. Exempelvis ska remittering eller hänvisning kunna ske för att utreda och bedöma behov av och möjlighet att inleda läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Den enskildes samtycke är givetvis en förutsättning för erbjudanden om behandling.

I programmet för primärvården bör det därför tydliggöras vilken behandling av missbruks- och beroendetillstånd som normalt ska erbjudas inom primärvården samt när och hur remittering eller hänvisning av komplicerade fall för behandling i specialiserad vård ska ske.

2.3.4 Mödra- och barnhälsovården

Utredningens förslag: I mödravårdscentralernas uppgift ska ingå att genom samtal och screening identifiera gravida kvinnor med riskabel alkohol- eller drogkonsumtion och vid behov ge stöd och motiverande samtal för att kvinnorna ska upphöra med den riskabla konsumtionen under graviditeten.

Mödrar med allvarigare missbruks- eller beroendetillstånd bör hänvisas till en mödravårdscentral med särskild missbruks- och beroendekompetens.

Mödrar med missbruks- och beroendeproblem bör erbjudas frivillig uppföljning av barnet inom ramen för barnhälsovården. Uppföljningen bör åtminstone ske de första tre åren men helst till skolstarten. Den bör hanteras av personal med särskild kompetens för att följa barn i familjer med missbruksproblem.

Mödra- och barnhälsovårdens arbete i dessa avseenden ska ingå i landstingets program för tidig identifikation och intervention.

MVC och BVC

Mödrahälsovården och barnhälsovården utgör en särskilt viktig del av primärvården när det gäller sjukdomsförebyggande insatser för gravida kvinnor och barn. I detta arbete är angeläget att riskabel alkohol- och drogkonsumtion uppmärksammas och adresseras med lämpliga insatser.

Skador av alkohol- och drogkonsumtion under graviditet

Alkohol- och drogkonsumtion under graviditeten kan orsaka skador på fostret. Utifrån utredningens kartläggning av gravida kvinnor och missbruk kan konstateras att kunskapen om de alkohol- och drogrelaterade skadornas omfattning är jämförelsevis begränsad i Sverige.

Tillgängliga uppgifter indikerar att omkring 6 procent av de gravida kvinnorna har en alkoholkonsumtion som innebär hälso-mässiga risker för barnet. Riskbruk av alkohol innebär ökad risk för missfall, tillväxthämning och låg födelsevikt. De uppgifter utredningen låtit ta fram indikerar att förekomsten av FAS kan vara

0,5 per 1 000 födda i Sverige, vilket kan jämföras med 1 till 5 per 1 000 födda internationellt. Narkotikaanvändning kan leda till minskad tillväxt, för tidig födsel och abstinens hos det nyfödda barnet.

Kort intervention är effektiv vid riskabel alkohol- och drogkonsumtion bland gravida kvinnor, men otillräcklig vid utvecklat beroende.

MVC ska arbeta med tidig identifikation och intervention

För att förebygga skador på barnet på grund av att gravida kvinnor använder alkohol och andra droger på ett riskabelt sätt är det angeläget att mödrahälsovården arbetar systematiskt med tidig identifikation och kort intervention. Detta är redan i dag vanligare inom mödrahälsovården jämfört med den övriga primärvården.

Mödrar med allvarigare missbruks- eller beroendetillstånd kräver mer kvalificerade insatser. För denna målgrupp finns i dag på några ställen i Sverige mödravårdcentraler med särskild missbruks- och beroendekompetens, bland annat i Malmö, Göteborg och Stockholm.

Utredningen anser att det i mödravårdscentralernas uppgift ska ingå att genom samtal och screening identifiera gravida kvinnor med riskabel alkohol- eller drogkonsumtion och vid behov ge stöd och motiverande samtal för att kvinnorna ska upphöra med den riskabla konsumtionen under graviditeten.

Mödrar med allvarigare missbruks- eller beroendetillstånd bör hänvisas till mödrahälsovård med särskild missbruks- och beroendekompetens. Hur denna verksamhet lämpligen organiseras måste utgå från förutsättningarna i det enskilda landstinget. I stora städer är det sannolikt lämpligt med en särskild enhet för målgruppen gravida kvinnor med missbruk eller beroende. I andra, mindre tätbefolkade, delar av landet är det sannolikt lämpligt att tillgodose vårdbehovet genom personal med särskild missbruks- och beroendekompetens inom ramen för den generella mödrahälsovården.

Mödrahälsovårdens arbete i dessa avseenden ska ingå i landstingets program för tidig identifikation och intervention i primärvården.

BVC med specialistkompetens för uppföljning av barnet

Barns skador av att modern under graviditeten använt alkohol och andra droger kan bli tydliga först i skolåldern. Det kan exempelvis handla om ADHD eller olika motoriska störningar. Därför är det angeläget att barnet genomgår upprepade kontroller över längre tid för att tidigt kunna identifiera problem och vid behov sätta in insatser.

Beroende hos kvinnor åtföljs ofta av samsjuklighet med annan psykisk sjukdom eller relationsproblem och fysiskt och psykiskt våld. Mödrar tenderar också att återfalla i missbruk några månader eller något år efter det att barnet har fötts. Detta gör att kvinnan och barnet bör erbjudas uppföljning och fortsatt stöd efter förlossningen för att förebygga återfall och andra problem som kan ha en negativ inverkan på barnets situation och utveckling.

Utredningen anser mot denna bakgrund att det bör finnas en rutin som innebär att mödrahälsovården erbjuder mödrarna frivillig uppföljning av barnet inom ramen för barnhälsovården. Uppföljningen bör åtminstone ske under tre första åren men helst fram till skolstarten. Detta är i linje med WHO:s rekommendationer rörande uppföljning av barn med FASD.

Detta ställer krav på att inom barnhälsovården utveckla kompetensen när det gäller att följa upp barn i familjer med missbruksproblem. Organisatoriskt bör detta hanteras genom att barnavårdscentraler har tillgång till personal med särskild kompetens inom barnpsykiatri och beteendevetenskap samt för att bedöma motoriska störningar.

Barnhälsovårdens arbete i dessa avseenden ska ingå i landstingets program för tidig identifikation och intervention i primärvården.

2.3.5 Fortbildning av primärvårdsläkare

Utredningens förslag: Allmänläkare inom primärvården bör erbjudas fortbildning om tidig identifikation och intervention vid riskbruk samt om behandling av olika vanligt förekommande missbruk- och beroendetillstånd.

Utredningens granskning av dagens läkarutbildning har visat att inslagen om riskbruk, missbruk och beroende av alkohol och andra

droger är begränsade. Detta innebär att allmänläkare i många fall har begränsad kompetens att identifiera och intervensera vid olika beroendetillstånd trots att antalet med beroende i den svenska befolkningen uppgår till cirka 500 000 personer.

Mot denna bakgrund anser utredningen att kompetenshöjande insatser för allmänläkare är nödvändiga för att mer aktivt arbeta med att tidigt identifiera och intervensera mot riskbruk, missbruk eller beroende inom primärvården.

Närmare bestämt föreslår utredningen att staten bör finansiera en kortare utbildning för allmänläkare. Praktiskt bedömer utredningen att kan vara lämpligt med en utbildning om två till tre dagar. Utbildningssatsningen pågår lämpligen under tre år och bör volymmässigt dimensioneras för cirka 3 000 primärvårdsläkare.

För att höja kompetensen inom nämnda område hos nya primärvårdsläkare har utredningen i avsnitt 6.4.2 föreslagit att inslagen om beroendekunskap ska utökas inom grundutbildningen för läkare.

2.4 Socialtjänsten

Utredningens förslag: Kommunen ska i egenskap av huvudman för socialtjänsten upprätta program för det sociala arbetet i kommunen som syftar till att tidigt identifiera och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol och andra droger.

2.4.1 Tydligare skyldighet för kommunen

Nuvarande lagstiftning ger stöd för att kommuner ska arbeta med tidig identifikation och kort intervention. I 3 kap. 7 § SoL sägs att socialtjänsten ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk.

Utredningen anser att ambitionsnivån bör höjas för kommunens arbete med att tidigt identifiera och kort intervensera. Detta sker lämpligen genom att i den lagstiftning som reglerar missbruks- och beroendevården tydliggöra kommunens skyldighet att arbeta med tidig identifikation och kort intervention.

Kommunens skyldighet att upprätta program för tidig identifikation och intervention i det sociala arbetet regleras i 6 § av den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

2.4.2 Program för det sociala arbetet

Socialtjänsten möter många personer med riskbruk, missbruk eller beroende. Det sker givetvis inom ramen för socialtjänstens missbruksvård. Men det sker också inom socialtjänstens andra verksamhetsområden, bland annat barn- och ungdomsvården, äldreomsorgen och omsorgen för personer med funktionshinder. Att tidigt uppmärksamma riskbruk bland barn och unga är en självklarhet. De forskningsunderlag utredningen låtit ta fram om olika målgruppers vårdbehov visar att detta även är viktigt bland till exempel äldre personer och personer med funktionsnedsättningar.

Utredningen anser mot denna bakgrund att kommunen ska ha en skyldighet att upprätta program för tidig identifikation och kort intervention. Denna skyldighet ska gälla hela det sociala arbetet, det vill säga allt arbete som syftar till att lösa den enskildes sociala problem och stärka den enskildes självständighet inom alla verksamhetsgrenar inom socialtjänsten: äldreomsorgen, individ- och familjeomsorgen och omsorgen för personer med funktionsnedsättningar. Utredningen vill i detta sammanhang särskilt framhålla vikten av det sker ett systematiskt arbete med tidig identifikation och kort intervention riktat till barn och ungdomar.

Praktiskt kan ett sådant program när det gäller barn och ungdomar omfatta uppsökande arbete genom fältassistenter och screening vid ungdomsmottagningar och andra verksamheter inom den kommunala barn- och ungdomsvården.

Inom äldreomsorgen, omsorgen för personer med funktionsnedsättningar och annan omsorg kan det handla om att till den som söker hjälp för ett problem ställa frågor om alkohol- och drogvanor. Vid konstaterat riskbruk bör personalen inom socialtjänsten diskutera alternativ livsstil i syfte att förebygga att riskbruket leder till ohälsa och sociala problem. Det bör också erbjudas förnyad kontakt för att följa upp klientens situation och vid behov kort rådgivning. Den enskildes samtycke är givetvis en förutsättning för frågor om alkohol- och drogkonsumtion och eventuell uppföljning eller kort rådgivning vid konstaterat riskbruk.

2.4.3 Hänvisning när kort intervention är otillräcklig

Tillgängliga undersökningar visar, som nämnts ovan, att det vid screening för riskbruk identifieras personer med allvarigare former av missbruk eller beroende som är i behov av behandling i specialiserad vård eller av psykosocialt stöd.

Utredningens förslag att samla ansvaret för behandling hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården innebär att socialtjänstens insatser i första hand består av rådgivning samt stöd (se kapitel 3). Klienter för vilka kort intervention bedöms vara otillräckligt måste sålunda kunna hänvisas till hälso- och sjukvården för behandling. Beroende på vilken typ av missbruks- eller beroendetillstånd det gäller samt hur det enskilda landstinget valt att organisera vården kan behandlingen ske endera i primärvården eller den specialiserade vården.

Utredningen har övervägt möjligheten att ge kommunen en formell möjlighet att hänvisa personer som söker hjälp hos socialtjänsten för missbruksproblem till hälso- och sjukvården. Det är dock utredningens uppfattning att formell möjlighet att hänvisa inte är praktiskt genomförbart.

Istället anser utredningen att möjligheten att hänvisa vidare från socialtjänsten till behandling inom hälso- och sjukvården bör regleras genom det samarbetsavtal som landstinget, enligt utredningens förslag, ska vara skyldigt att ingå med kommunerna i landstingsområdet om missbruks- och beroendevård. Landstingets skyldighet att ingå samarbetsavtal regleras i 8 § av den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

2.5 Företagshälsovården

Utredningens förslag: Företagshälsovårdens arbete med att tidigt identifiera och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger ska utvecklas inom ramen för de hälsofrämjande och rehabiliterande insatserna för arbetstagare genom ett statligt prestationsbidrag till anordnare av företagshälsovård.

2.5.1 Vidareutvecklad företagshälsovård

Idag har uppskattningsvis 70 procent av arbetstagarna tillgång till företagshälsovård genom cirka 500 företagshälsovårdsenheter. Det utbud som erbjuds anställda genom företagshälsovården följer av vad som är avtalat mellan arbetsgivaren och leverantören av företagshälsovård. Vissa enheter har ett mycket begränsat utbud. Andra har ett omfattande utbud som kan motsvara första linjens hälso- och sjukvård, därtill kompletterat med arbetsmedicinsk och ergonomisk kompetens.

Företagshälsovården har breda kontaktytor gentemot befolkningen som arbetstagare, vilket är en viktig förutsättning för att arbeta med att tidigt identifiera och kort intervensera. Målsättningen bör enligt utredningens mening vara att utveckla företagshälsovården till en motsvarighet till första linjens hälso- och sjukvård inom primärvården. Därigenom skapas bättre förutsättningar för att förebygga, utreda och hantera olika missbruks- och beroendetillstånd. Företagshälsovården omfattades också av det ovan nämnda riskbruksprojektet.

Utredningen anser mot denna bakgrund att företagshälsovården, i likhet med hälso- och sjukvården i övrigt, ska vidareutveckla arbetet med tidig identifikation och intervention.

För den del av arbetskraften som är anställda hos arbetsgivare som inte erbjuder företagshälsovård eller som är egna företagare gäller att primärvården har motsvarande uppgifter.

2.5.2 Underrapportering av missbruk och beroende som sjukskrivningsorsak

Missbruk och beroende av alkohol- och narkotika är ett betydande folkhälsoproblem som kan leda till arbetsförmåga endera direkt på grund av att konsumtionen omöjliggör arbete eller indirekt på grund av skador och sjukdomar eller sociala problem som följer av det skadliga bruket.

Utredningens analys av statistiken över angivna diagnoser som orsak till sjukskrivning visar dock att missbruk eller beroende anges som orsak i mindre än en procent av fallen. Av statistiken framgår vidare att bland annat andra psykiatriska diagnoser är vanliga sjukskrivningsorsaker. Samtidigt visar andra kartläggningar utredningen låtit göra att det finns en betydande samsjuklighet

mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom samt att missbruks- och beroendevården endast når cirka en av fem personer med missbruk eller beroende. Utredningens slutsats är att det i dag finns en inte obetydlig underrapportering av missbruk och beroende som orsak till arbetsförmåga och sjukskrivning.

Utredningen vill naturligtvis inte uppmuntra till sjukskrivning som enda åtgärd vid arbetsförmåga på grund av missbruk eller beroende. Bibehållen relation till arbetet har i många fall en rehabiliterande verkan. Emellertid anser utredningen att korrekt angivna diagnoser på sjukintygen skulle bidra till att tydliggöra missbruksproblemets verkliga omfattning och därigenom bidra till ökade resurser och ökat intresse för adekvat behandling. Detta ställer också krav på en förändrad attityd till missbruks- och beroendeproblem hos arbetsgivare. I dag är det vanligt att alkohol- och drogproblem inledningsvis ignoreras, men när problemtyngden ökar är arbetsgivarens reaktion alltför ofta att försöka avsluta anställningen i stället för att på ett adekvat sätt uppfylla rehabiliteringsansvaret.

Det finns flera tänkbara förklaringar till att missbruk och beroende underrapporteras som sjukskrivningsorsak. En förklaring kan vara att det i första hand är de skador och sjukdomar som följer av alkohol- och drogkonsumtionen som leder till arbetsförmåga och följaktligen anges som sjukskrivningsorsak. En annan förklaring som ofta nämns är att läkare undviker att uppge missbruk eller beroende som sjukskrivningsorsak på grund av att det vanligen uppfattas missgynna den enskilde arbetstagaren i relationen till arbetsgivaren. Även Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd vid sjukskrivning bidrar sannolikt till att missbruksrelaterade diagnoser används sparsamt eftersom sjukskrivning vid beroende enligt beslutsstödet endast bör ske i efterhand (retroaktivt) samt villkoras med deltagande i av läkaren sanktionerad behandling. Ytterligare en orsak kan vara att frågor om alkoholvanor inte tas upp i tillräcklig utsträckning i utredningar och bedömningar av arbetsförmåga och sjukskrivning.

Utifrån ett rehabiliteringsperspektiv är det viktigt att rätt orsak till arbetsförmågan identifieras för att rehabiliteringen ska vara effektiv.

2.5.3 Statens styrning av företagshälsovården

Den nuvarande lagstiftningen reglerar företagshälsovården endast på en övergripande nivå. Enligt bestämmelserna i 3 kap. 2 b § arbetsmiljölagen (AML) har arbetsgivaren ett ansvar för att det finns den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver. Det finns sålunda ingen generell skyldighet för arbetsgivare att erbjuda företagshälsovård.

Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Den oberoende expertresursen behöver inte vara en verksamhet som formellt benämns företagshälsovård.

Företagshälsovårdens omfattning och innehåll har traditionellt hanterats genom överenskommelser mellan arbetsgivarorganisationer och arbetstagarorganisationer. Staten har, i stället för med lagstiftning, periodvis styrt utvecklingen genom olika statsbidrag.

Det nuvarande statsbidraget utgår för vissa tidiga och koordinerade insatser riktade till arbetstagare som sjukskrivits. För 2010 avsatte staten totalt 550 miljoner kronor och för 2011 har avsatts 480 miljoner kronor. Av de avsatta medlen för 2010 har endast en mindre del använts, cirka 130 miljoner kronor. Bidraget administreras av Försäkringskassan och utgår endast till godkända företagshälsovårdsverksamheter.

2.5.4 Utveckling av företagshälsovårdens roll

Mot denna bakgrund menar utredningen att det är motiverat att särskilt utveckla företagshälsovårdens arbete med tidig identifiering och intervention.

Utredningen anser att det riktade statsbidraget till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet, utöver befintliga uppgifter, även ska utgå till anordnare av företagshälsovård som arbetar systematiskt med att tidigt uppmärksamma och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol och andra droger. Dessa uppgifter bör kunna finansieras inom ramen för ett statsbidrag av nuvarande storlek eftersom hittills endast en mindre del av de för ändamålet reserverade medlen tagits i anspråk.

2.6 Elevhälsan

Utredningens förslag: Elevhälsans arbete med tidig identifiering och intervention ska utvecklas som en del av de hälsofrämjande och rehabiliterande insatserna för elever i skolan genom ett statligt bidrag till fortbildning av elevhälsans personal.

2.6.1 Första kontakten med alkohol och droger

Många barn- och ungdomars första kontakt med alkohol eller andra droger sammanfaller åldersmässigt med i grundskolans senare del eller gymnasieskolan. Enligt skolundersökningarna intensivkonsumerar drygt 20 procent av pojkarna och flickorna i årskurs 9 och knappt 50 procent av pojkarna och flickorna i årskurs 2 i gymnasieskolan alkohol någon gång per månad eller oftare. Andelen som använt narkotika den senaste månaden är 3 procent bland pojkarna och 1 procent bland flickorna i årskurs 9 och 5 procent bland pojkarna och 2 procent bland flickorna i årskurs 2 i gymnasieskolan. Det förebyggande arbetet med att informera om risker med alkohol och andra droger och främja nykterhet är givetvis av fundamental betydelse när det gäller barn i skolåldern. Men det är också viktigt att identifiera riskabelt bruk och tidigt intervensera. Skolan och elevhälsan har en viktig roll i detta sammanhang.

2.6.2 Skolhuvudmännens ansvar för elevhälsan

Skolhuvudmännens ansvar för elevhälsan regleras i skollagen (2010:800). I 2 kap. 25 § stipuleras att det för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska finnas elevhälsa. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. För medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det finnas skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Det ska också finnas personal med kompetens som tillgodoser elevernas behov av specialpedagogiska insatser.

Vidare sägs i 2 kap. 27 § att varje elev i grundskolan, grundsärskolan och specialskolan ska erbjudas minst tre hälsobesök som

innefattar allmänna hälsokontroller jämt fördelade över skoltiden. Varje elev i sameskolan ska erbjudas minst två besök. Dessutom ska varje elev mellan besöken erbjudas undersökning av syn och hörsel och andra begränsade hälsokontroller. Varje elev i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska erbjudas minst ett hälsobesök som innefattar en allmän hälsokontroll.

Av 2 kap. 28 § framgår att elever som avses i 27 § vid behov får anlita elevhälsan för enkla sjukvårdsinsatser.

2.6.3 Satsning på förstärkt elevhälsa

För att stärka elevhälsan föreslog regeringen i budgetpropositionen för 2011 ett tillfälligt stöd i form av ett riktat statsbidrag till skolhuvudmännen. Regeringen beräknar att 250 miljoner kronor respektive 400 miljoner kronor ska avsättas för detta ändamål under 2012 och 2013. Medlen ska även kunna användas för fortbildning av personalen inom elevhälsan.

2.6.4 Utveckling av elevhälsans roll

Mot denna bakgrund menar utredningen att det är motiverat att särskilt utveckla elevhälsans arbete med tidig identifikation och kort intervention.

Utredningen anser att det av villkoren för det statliga bidraget till elevhälsovården för 2012 och 2013 bör framgå att bidraget bland annat ska användas för att utveckla arbetet med tidig identifikation och kort intervention. Bidragen bör användas för att fortbilda personalen inom elevhälsovården i dessa frågor.

2.7 Studenthälsan

Utredningens förslag: Studenthälsans uppgift att arbeta med tidig identifikation och intervention bör tydligare regleras som en del av de hälsofrämjande och rehabiliterande insatserna för studenter i högskolan.

2.7.1 Studenter en högriskgrupp

Studenter tillhör tillsammans med andra unga vuxna de grupper i befolkningen som konsumerar mest alkohol och andra droger. Enligt tillgängliga undersökningar är intensivkonsumtion av alkohol vanligast i åldern 20 till 30 år. Användningen av cannabis är vanligast i åldern 16–29 år. Även användningen av dopningsmedel är mest utbredd i dessa åldrar. Olika studentundersökningar bekräftar höga konsumtionsnivåer bland studenter.

Detta innebär att riskabel konsumtion är vanligt förekommande. Studenter tillhör i allmänhet den åldersgrupp i vilken förekomsten av alkohol- och drogrelaterade problem är högst. Alkoholberoende är till exempel betydligt vanligare i åldern 18–25 år än i äldre åldersgrupper. Hög alkoholkonsumtion och experimenterande med andra droger kan även leda till sämre studieresultat.

För att motverka detta är det följaktligen viktigt att tidigt uppmärksamma och intervensera mot riskabel konsumtion bland studenter och unga vuxna. Studenthälsan har en viktig roll i detta sammanhang.

2.7.2 Högskolornas ansvar för studenthälsovård

Högskolorna har enligt 1 kap. 11 § högskoleförordningen (1993:100) ett ansvar för att studenterna har tillgång till hälsovård. Detta ansvar gäller särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa. Denna övergripande reglering ger högskolorna stor frihet att utforma studenthälsovårdens verksamhet och innehåll utifrån lokala förutsättningar. Studiesociala kommittén konstaterade i sitt betänkande (SOU 2009:28) att olika högskolor och universitet har valt att organisera studenthälsan på mycket olika sätt.

Autonomiutredningen föreslog i sitt betänkande (SOU 2008:104) att högskolans verksamhet inte längre i huvudsak ska regleras genom lag och förordning utan genom avtal mellan regering och högskola. Förändras statens styrning i enlighet med detta förslag skulle det också gälla styrningen av studenthälsan. Autonomiutredningens förslag bereds för närvarande inom regeringskansliet.

När ansvaret för studenthälsans 1993 överfördes till högskolorna valde regeringen att öronmärka medel för verksamheten genom ett riktat statsbidrag om cirka 100 kronor per student och

är. Numera ingår resurserna för studenthälsan i det generella anslaget till respektive lärosäte. Det är i dag inte möjligt att på nationell basis närmare redovisa vilka resurser lärosätena avsätter för studenthälsan.

2.7.3 Utveckling av studenthälsans roll

Utredningen anser mot denna bakgrund att det är motiverat att tydligare reglera studenthälsans uppgift att arbeta med tidig identifikation och kort intervention.

Detta ligger väl i linje med såväl studenthälsans övergripande förebyggande och hälsofrämjande inriktning enligt högskoleförordningen som den bedömning Studiesociala kommittén redovisade i betänkandet *Stärkt stöd för studier – tryggt, enkelt och flexibelt* (SOU 2009:28) att det alkoholpreventiva arbetet inom studenthälsan bör ges högre prioritet.

Möjligheten att genom finansiell styrning påverka studenthälsans inriktning och innehåll är begränsad så länge verksamheten finansieras genom det generella förvaltningsanslaget till respektive lärosäte.

Utredningen anser därför att det i högskoleförordningen bör tydliggöras att studenthälsan har ett särskilt ansvar för att arbeta med tidig identifikation och kort intervention. Detta regleras lämpligen i 1 kap. 11 § högskoleförordningen.

Det är också angeläget att personalen inom studenthälsan ges möjlighet till fortbildning i dessa frågor, vilket ställer krav på högskolorna och universiteten i egenskap av huvudmän för studenthälsovården.

2.8 Självhjälp via Internet och telefon

Utredningens förslag: Utvecklingen av stöd till självhjälp via Internet och telefon för personer med riskbruk, missbruk eller beroende ska utvecklas för de fyra grupperna av missbruks-substanser: alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel. Samordningen av de olika statligt finansierade insatserna ska förstärkas. Staten ska tillhandahålla basfinansiering av nationellt stöd till självhjälp.

Forskning visar att många personer med lindrigare former av alkoholberoende har minst lika stor nytta av självhjälsprogram som terapeutledd behandling. I Sverige har det under senare år utvecklats vissa självhjälsprogram för personer med alkoholproblem tillgängliga via Internet. Exempel på statligt finansierade initiativ är Alkoholhjälpen och Alkoholprofilen, vilka drivs av Folkhälsoinstitutet respektive Systembolaget. Det finns också stöd till självhjälp via telefon, bland annat Alkohollinjen, vilken drivs av Karolinska Institutet och finansieras av Stockholms läns landsting och staten via Folkhälsoinstitutet.

När det gäller missbruk av dopningsmedel finns Dopingsjouren vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. Genom Dopingsjouren kan personer med egna missbruksproblem och anhöriga få information om konsekvenser av dopningspreparat och enklare råd. Verksamheten finansieras av staten genom anslag från Socialdepartementet och Kulturdepartementet.

Antalet personer som använder nämnda informationsmöjligheter och stöd till självhjälp har ökat över tid.

Utredningen bedömer att stöd till självhjälp via Internet, och även i vissa sammanhang gruppsamtal via facebook, samt telefon är ett viktigt komplement till mer traditionella former för rådgivning och behandling genom personliga möten. De nya formerna för stöd till självhjälp kan sannolikt också bidra till att vården når fler socialt etablerade personer med missbruk eller beroende, inte minst gäller detta de 330 000 personerna med alkoholberoende.

Utredningen anser att det också bör finnas motsvarande stöd till självhjälp för personer med missbruk eller beroende av läkemedel, narkotika och dopningsmedel. I linje med detta har utredningen i kapitel 6 föreslagit att det nya nationella kompetenscentret för läkemedelsberoende respektive dopningsmedelsmissbruk ska tillhandahålla information och råd, bland annat via Internet. När det gäller narkotika finns relevant kunskap, men organisering och finansiering har hittills inte varit möjlig att ordna. Det borde till exempel vara möjligt att ansluta stöd till självhjälp till en befintlig beroendemottagning. Mot bakgrund av att stöd via Internet och telefon är distansberoende bör en dylik stödverksamhet vara en nationell resurs och lämpligen finansieras av staten.

Det finns också ett behov av att bättre samordna de olika statligt finansierade insatserna. Detta bör vara en uppgift för den i kapitel 10 föreslagna nationella samordnaren.

2.9 Den ideella sektorn och kamratstöd

Utredningens bedömning: Den ideella sektorn har en viktig roll inom missbruks- och beroendevården som utförare av vård-, behandlings- och stödinsatser, samrådspart i brukarinflytandesammanhang, samt kamratstöd.

Utredningen har i kartläggningen av den ideella sektorn konstaterat att ideella och idéburna organisationer har en viktig roll som utförare av vård-, behandlings- och stödinsatser, samrådspart i brukarinflytandesammanhang, samt kamratstöd (se kapitel 27).

I kapitel 3 och 6 har utredningen uppmärksammat att den ideella sektorn som utförare bidrar till att diversifiera utbudet av missbruks- och beroendevård i viktiga avseenden, inte minst när det gäller utbudet av olika stödinsatser. Därigenom bidrar den ideella sektorn till att fler kan få sina specifika önskemål om vård tillgodosedda.

I kapitel 4 har utredningen föreslagit ett förstärkt brukarinflytande i missbruks- och beroendevården. Landstingen och kommunerna ska vara skyldiga att samråda med brukarorganisationer och andra ideella organisationer vid utformningen, utvärderingen och utvecklingen av den lokala och regionala missbruks- och beroendevården.

Utöver detta vill utredningen framhålla värdet av den ideella sektorn som organisatör av kamratstöd. Exempelvis bedriver AA och NA verksamhet i stora delar av landet. Denna verksamhet utgör ett viktigt stöd för många personer med missbruk eller beroende, inte minst när det gäller återfallsprevention. Mot denna bakgrund ser gärna utredningen att kamratstödet inom den ideella sektorn utvecklas. Exempelvis är det önskvärt att det utvecklas fler former av kamratstöd för olika målgrupper, bland annat för socialt etablerade personer med missbruk eller beroende och för personer med missbruk och beroende av andra substanser än alkohol och narkotika.

3 Tydligare ansvar för effektivare vård

3.1 Tydligare ansvar och förstärkta krav på samverkan

Utredningens bedömning: Kommunens och landstingets ansvar för missbruks- och beroendevården måste tydliggöras för att komma till rätta med de problem som i dag drabbar såväl den enskilde som vårdens effektivitet.

Den tydligaste ordningen skulle vara att samla ansvaret hos en huvudman. Men totalt sett anser utredningen att den bästa lösningen i praktiken är att kommunen och landstinget har ett fortsatt delat ansvar för missbruks- och beroendevården. Kommunens och landstingets ansvar bör dock tydliggöras för de centrala uppgifterna i vård- och stödprocessen samt ansvarsfördelningen mellan huvudmännen i vissa avseenden förändras. Därtill bör det införas förstärkta krav på samverkan.

3.1.1 Otydlighet om kommunens och landstingets ansvar

Den gällande lagstiftningen av missbruks- och beroendevården genom SoL och HSL tillkom för cirka 30 år sedan. SoL och HSL har karaktären av ramlagar och reglerar endast kommunernas och landstingens ansvar för olika målgrupper och insatser på en övergripande nivå. Utredningen har i kapitel 25 beskrivit och analyserat den nuvarande lagstiftningen.

Den övergripande regleringen av huvudmännens ansvar enligt huvudlagarna SoL och HSL innebär att det i dag finns ett betydande utrymme för kommuner och landsting att tolka sina respektive uppdrag.

Den traditionella tolkningen av lagstiftningen har varit att kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten har ett särskilt ansvar för missbruks- och beroendevård, både när det gäller behandlings- och stödinsatser. Utgångspunkten för denna tolkning är att kommunen enligt 3 kap. 7 § SoL ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk samt enligt 5 kap. 9 § SoL aktivt ska verka för att den enskilde får den hjälp och det stöd den enskilde behöver för att komma ifrån missbruket.

Landstingens ansvar har traditionellt tolkats som att vara begränsat till medicinsk behandling i akuta missbruksrelaterade situationer och behandling av med missbruket eller beroende samtidiga psykiska och somatiska sjukdomstillstånd. I HSL finns det inte några särskilda bestämmelser rörande vård av personer med missbruk eller beroende, utan landstinget har en generell skyldighet enligt 3 b § HSL att erbjuda en god hälso- och sjukvård för bosatta i landstinget.

Den övergripande regleringen av huvudmännens ansvar har resulterat i att olika kommuner och landsting i dag tolkar uppdraget mycket olika. På några håll i landet står kommunen för merparten av vården av personer med missbruk eller beroende. På några håll står landstinget för merparten. På flertalet håll råder någon form av delat ansvar.

För den enskilde innebär variationerna i faktisk ansvarsfördelning att vård måste sökas hos olika huvudmän, vårdbehov bedömas enligt olika principer, och insatser erbjudas enligt olika lagstiftningar. Inte sällan tvistar huvudmännen om vem som ska ansvara för vad, vilket ibland leder till att angelägna verksamheter och insatser inte kommer till stånd på grund av oenighet om finansieringen.

3.1.2 Olika missbrukssubstanser, olika ansvar i praktiken

Den ansvarsmässiga bilden kompliceras ytterligare av att den substans som missbruket eller beroendet gäller har betydelse för om det är kommunen eller landstinget som erbjuder insatser. I kapitel 26 har utredningen analyserat huvudmännens ansvar för olika målgrupper.

Finns specifika läkemedelsbehandlingar tillgängliga för det aktuella missbruket eller beroendet blir landstinget i praktiken

huvudansvarigt för vård och behandling av målgruppen, men saknas detta kan landstinget ofta hänvisa till kommunen.

I praktiken innebär det att kommunen har ett betydande ansvar för behandling av personer med missbruk eller beroende av alkohol och till viss del av narkotika. Men även landstingets ansvar för dessa målgrupper är betydande och tenderar att öka som en följd av att det utvecklas läkemedelsbehandling för allt fler beroendetillstånd, inte minst när det gäller narkotika. Personer med missbruk eller beroende av läkemedel och dopningsmedel hanteras i dag inom hälso- och sjukvården och är därmed ett ansvar för landstinget.

I detta sammanhang ska det också noteras att det är vanligt att en person lider av två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt. Samsjuklighet innebär en särskild utmaning i en ordning med delat ansvar. Den psykiska sjukdomen behandlas inom landstingets psykiatriska vård, medan missbruksproblemet ofta behandlas inom socialtjänsten. Erfarenhet och evidens talar för att behandlingen av missbruk eller beroende och samtidigt psykiska eller somatiska sjukdomar ska ske samordnat.

3.1.3 Otydligt ansvar drabbar individen

Det i dag delade och delvis otydliga ansvaret för missbruks- och beroendevården mellan kommunen och landstinget har allt för ofta negativa konsekvenser för individen i behov av hjälp i form av bristande tillgänglighet, samordning och kontinuitet. I kapitel 25 och 26 har utredningen analyserat problemen med det delade och delvis otydliga ansvaret.

Tillgänglighetsproblemet innebär att en person i behov av vård och stöd inte får tillgång till adekvat insats i rätt tid. Samordningsproblemet innebär att samtidigt insatser inte kommer till stånd när behov föreligger. Kontinuitetsproblemet innebär att individen inte erbjuds rätt kombination av insatser över tid.

Utöver att drabba individen leder den bristande tillgängligheten, samordningen och kontinuiteten till ineffektivitet. Insatser som sätts in för sent, inte kombineras optimalt eller inte följs upp med ytterligare nödvändiga insatser har sannolikt inte optimal eller önskad effekt.

Sedan den i dag gällande lagstiftning trädde ikraft i början av 1980-talet har såväl missbrukssituationen som insatserna för att

hjälpa personer med missbruk eller beroende förändrats i väsentliga avseenden. Nya droger har tillkommit, droger används i nya kombinationer och av delvis andra sociala grupper. Nya insatser har utvecklats för olika missbruks- och beroendetillstånd, vilket har utvecklat vården i medicinsk riktning. Denna utveckling utmanar den nuvarande lagstiftningen som reglerar missbruks- och beroendevården.

3.1.4 Bristande och ojämlik tillgänglighet

I dag avgörs tillgången till vård och behandling i hög grad av i vilken kommun eller vilket landsting en person med missbruk eller beroende råkar vara bosatt. I vissa kommuner och landsting saknas ett grundläggande utbud av behandlingsinsatser som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. I andra kommuner och landsting finns ett grundläggande utbud, men tillgängligheten är begränsad med långa väntetider och ibland utebliven behandling som följd. Inte någonstans förefaller det finnas ett differentierat utbud som möter olika målgruppers behov med hög tillgänglighet.

De stora bristerna och skillnaderna i tillgänglighet till vård för personer med missbruk eller beroende, som konstaterats i utredningen analys (jfr avsnitt om förstärkt vårdgaranti samt kapitel 24) beror i betydande utsträckning på den oklara ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting.

I områden där missbruks- och beroendevården är traditionellt organiserad med socialtjänsten som bas tenderar exempelvis tillgången på medicinsk behandling vara allt för begränsad. Detta förklaras i första hand av att kommunen enligt HSL inte kan meddela vård av läkare.

Det finns också en tendens till att olika målgrupper har olika tillgång till vård. Personer med sociala problem hänvisas i första hand till socialtjänsten för vård och behandling medan socialt etablerade personer normalt erbjuds vård inom ramen för hälso- och sjukvården. Det är detta förhållande som ligger bakom beskrivningen av missbruks- och beroendevården inom socialtjänsten som en andra klassens vård för socialt marginaliserade personer, vilken utredningen mött i olika sammanhang.

Detta visar på vikten av att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar för att förbättra tillgången på och tillgängligheten till vård och behandling för personer med missbruk eller beroende.

3.1.5 Små kommuner har ofta ett begränsat vårdutbud

Utvecklingen inom missbruksområdet med allt fler olika typer av missbruk samt förstärkta krav på att insatserna ska vara kunskapsbaserade och målgruppsanpassade ställer ökade kompetens- och resursmässiga krav på huvudmännen för att de ska kunna erbjuda en kvalificerad och differentierad vård.

Det är tydligt att befolkningsmässigt små kommuner med begränsat skatteunderlag har särskilt svårt att kunna erbjuda en kunskapsbaserad och differentierad missbruks- och beroendevård som möter behoven hos vårdens olika målgrupper.

Den framtida utvecklingen kommer att ställa än större krav på huvudmännen när det gäller vårdutbudet. Utredningens kartläggningar och forskningsunderlag visar att många av de målgrupps-specifika insatser som behöver utvecklas av kompetens- och resursmässiga skäl, förutsätter ett befolkningsunderlag av den storlek som normalt endast finns på regional nivå. Det gäller till exempel målgruppsspecifika verksamheter och insatser för personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel, gravida kvinnor med missbruksproblem, barn till mödrar med missbruksproblem och personer med missbruk eller beroende och funktionsnedsättning.

3.1.6 Svag samordning, bristande kontinuitet

Det delade och delvis otydliga ansvaret mellan kommunen och landstinget drabbar också den enskilde i form av bristande samordning av olika behandlings- och stödinsatser. Det finns flera exempel på detta (jfr kapitel 25 och 26).

I detta sammanhang ska noteras att missbruk och beroende som multifaktoriella och i många fall långvariga tillstånd, jämfört med flertalet andra sjukdomstillstånd, ställer särskilt stora krav på samordning och kontinuitet.

Det förekommer att tillnyktringsverksamhet eller abstinensvård som ges av den ena huvudmannen, normalt landstinget, inte tillräckligt snabbt följs av behandlings- och stödinsatser från den andra huvudmannen, kommunen eller landstinget. Omvänt förekommer också att den ena huvudmannen inte kan inleda behandling på grund av att den andra huvudmannen inte tillhandahåller tillnyktringsverksamhet eller abstinensvård. Vidare förekommer att landstinget inte kan inleda planerad behandling på grund av att

kommunen inte tillhandahåller det stöd, till exempel boende eller sysselsättning, som krävs för att kunna genomföra behandlingen.

Vanligt är också att den optimala kombinationen av behandlingsinsatser inte är möjlig att få till stånd på grund av att landstinget ansvarar för läkemedelsbehandling medan kommunen ansvarar för psykosocial behandling. Det förekommer också att den behandling som ges av den ena huvudmannen inte följs upp med de stödinsatser som krävs från den andra huvudmannen för att behandlingen ska vara verkningsfull.

I samtliga fall drabbas den enskilde i behov av hjälp. Personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk eller somatisk sjukdom tillhör dem som är särskilt drabbade. Det är inte ovanligt att landstinget nekar behandling av den psykiska sjukdomen med hänvisning till att kommunen först måste behandla missbruket eller beroendet och omvänt att kommunen nekar behandling av missbruket eller beroendet med hänvisning till att landstinget först måste behandla den psykiska sjukdomen. Detta försätter den enskilde i ett moment 22.

Detta visar på betydelsen av att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar för att förbättra samordningen av olika behandlings- och stödinsatser. Bästa vård av missbruk och beroende förutsätter ofta samtidiga kombinationer av olika behandlings- och stödinsatser. I många fall är också olika missbruks- och beroendetillstånd långvariga eller återkommande vilket ställer särskilda krav på kontinuitet i vården.

3.1.7 Ineffektivitet i vården

Utöver negativa konsekvenser för individen, utgör problemet med det delade och delvis otydliga ansvaret också ett hot mot missbruks- och beroendevårdens effekt och effektivitet både i det enskilda fallet och på systemnivå. Utredningens analys visar att investeringar i vård kan ge stora vinster genom att minska de samhällsekonomiska kostnaderna för missbruk.

Bristande tillgänglighet kan innebära att personens motivation att ta itu med problemet minskar eller att problem eskalerar, till exempel att missbruket leder till relationsproblem, svårigheter att sköta arbetet eller kriminalitet. Bristande samordning kan innebära att behandlingsresultatet försämras och att risken för återfall ökar, till exempel när det gäller personer med samsjuklighet mellan

missbruk eller beroende och psykisk sjukdom. Bristande kontinuitet kan på motsvarande sätt innebära att behandlingsresultatet försämras och att risken för återfall ökar när en insats inte efterföljs av andra nödvändiga insatser, till exempel när inte abstinensvård följs av behandling.

Detta visar på vikten av att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar för att skapa förutsättningar för bästa möjliga behandling och undvika bortslösade eller onödigt långvariga och kostsamma insatser.

3.1.8 Lagstiftningen i otakt med vårdens utveckling

Den nuvarande lagstiftningen har i allt högre grad kommit att utmanas av missbruks- och beroendevårdens praktik, både när det gäller synen på missbruk och beroende som problem och kunskapen om vilka insatser som är lämpliga.

När det gäller synen på missbruk och beroende återspeglar nuvarande lagstiftning som ger socialtjänsten ett särskilt ansvar en definition av missbruk och beroende som sociala problem. Inom vårdens praktik har missbruk och beroende dock i allt högre grad kommit betraktas som sjukdomstillstånd. De ingår sedan länge i de internationellt vedertagna diagnossystemen som används inom hälso- och sjukvården. Sedan 1970-talet har missbruk och beroende också erkänts som sjukdomar och grund för ersättning i regelverken för socialförsäkringen.

Missbrukssituationen och därmed vårdbehoven har förändrats (jfr. kapitel 13 och 23). Ursprungligen utformades missbruks- och beroendevården för personer med alkoholproblem. Målgruppen vidgades efter narkotikans intåg på 1960-talet. I samband med detta uppmärksammades också ett ökat behov av medicinsk behandling. Under senare år har missbruk av läkemedel och dopningsmedel ökat i omfattning, men de tillgängliga vård- och behandlingsinsatserna för dessa nya målgrupper är ännu mycket begränsade. I likhet med narkotika ställer läkemedel och dopningsmedel, krav på läkemedelsbehandling även om det finns psykosocial behandling med evidens.

När det gäller synen på vilka insatser som är lämpliga har utvecklingen gått i en medicinsk riktning. Traditionellt har den svenska missbruks- och beroendevården varit starkt orienterad mot psykosociala behandlings- och stödinsatser, eller så kallade drogfria

alternativ. Läkemedelsbehandling har över tid utvecklats för allt fler missbruks- och beroendetillstånd och allt fler personer med missbruk eller beroende behandlas inom hälso- och sjukvården. Denna utveckling har accelererat från och med 1990-talet. I internationell jämförelse är dock användningen av läkemedel mindre utbredd i Sverige än i flertalet jämförbara länder i Europa och övriga världen.

Utöver behandlingsideologiska skäl, är en viktig förklaring till den jämförelsevis begränsade användningen av läkemedel i svensk missbruks- och beroendevård, i synnerhet i områden där vården är traditionellt organiserad med socialtjänstens som bas, att kommunen enligt HSL endast får meddela hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskas nivå. Läkemedelsbehandling kan i normalfallet endast ordinerats av läkare och förutsätter under alla förhållanden läkares medverkan. Det innebär att endast landstinget kan ge merparten av de medicinska insatserna.

I linje med den ovan beskrivna utvecklingen har flera kommuner och landsting själva tagit initiativ till att på frivillig väg förändra den traditionella ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården när det gäller insatser för personer med missbruk eller beroende.

Allt fler landsting har tagit ett allt större ansvar för vård och behandling och etablerat särskilda verksamheter för målgruppen, ofta inom ramen för den psykiatriska vården. Längst har utvecklingen kommit i de landsting som inrättat särskilda centrum för missbruks- och beroendevård. I dessa landsting har kommunernas ansvar i vissa fall begränsats till att i första hand omfatta stöd. I andra fall har landstinget och kommunen etablerat en gemensam centrubildning. Kommunens insatser tenderar i dessa fall att i första hand fokusera på barn och ungdomar och deras vårdbehov.

Den generella utvecklingen är att landstingen och hälso- och sjukvården axlar ett allt större ansvar för vården. Detta illustreras också av att landstingen genom primärvården och den specialiserade vården i dag har kontakt med fler personer med missbruks- och beroendeproblem än kommunerna har genom socialtjänsten.

Detta visar enligt utredningens mening på behovet av att anpassa lagstiftningen till vårdens utveckling.

3.1.9 Onormal ansvarsfördelning

Vid utformningen av SoL och HSL var en grundläggande idé att ansvaret för socialtjänst respektive hälso- och sjukvård skulle samlas och renodlas. Kommunen skulle ansvara för socialtjänst och landstinget skulle ansvara för hälso- och sjukvård. Denna princip att ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting ska vara lika för samtliga målgrupper benämns ibland normaliseringsprincipen.

I och med att missbruk och beroende över tid har kommit att betraktas och definieras som sjukdomar, och behandlingen i allt högre grad blivit medicinsk, har den traditionella ansvarsfördelning för missbruks- och beroendevården kommit att bli ett avsteg från den normala ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting inom vårdområdet. Kommunerna och socialtjänsten har ansvar för behandling av missbruk och beroende medan landstinget har ansvar för behandling av övriga sjukdomstillstånd.

Därmed är det inte sagt att missbruk och beroende inte kan ha en tydlig social dimension och att personer med missbruk eller beroende inte kan vara i behov av stöd. Tvärtom är missbruk och beroende inte sällan förenat med social problematik och sociala insatser representerar sålunda en viktig del i lösningen på problemet.

Sedan SoL och HSL trädde ikraft har det också genomförts huvudmannaskapsreformer som innebär avsteg från den normala ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting såsom den ursprungligen definierades. Dessa reformer har genomförts i syfte att bättre möta behoven hos särskilt utsatta grupper genom att i högre grad samla ansvaret för insatserna hos en huvudman. Detta skedde bland annat 1992 när kommunen gavs ett mer samlat ansvar för äldreomsorgen samt 1994 och 1995 när kommunerna genom LSS gavs ett samlat ansvar för vård, stöd och service till personer med funktionsnedsättning. Men även efter dessa reformer är det genomgående mönstret att landstingen ansvarar för behandling och kommunerna för stöd.

Utredningens förslag att samla ansvaret för behandling av missbruk och beroende hos landstinget innebär sålunda en normalisering av ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting inom missbruksområdet. I likhet med andra sjukdomstillstånd skulle landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården ansvara för behandling och kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten ansvara för stöd.

3.1.10 Den internationella utvecklingen

Även internationellt har flera länder valt att i högre grad samla ansvaret för behandling hos en huvudman, vanligtvis hos sjukvårdshuvudmannen (jfr. kapitel 19). I Norge och Danmark har det genomförts betydande reformer av ansvaret för missbruks- och beroendevården.

I Norge har ansvaret för behandling samlats hos staten i egenskap av huvudman för den specialiserade hälso- och sjukvården medan kommunen ansvarar för primärvård genom husläkar-systemet och stöd genom socialtjänsten. Både primärvården och socialtjänsten har rätt att hänvisa patienter till den specialiserade missbruks- och beroendevården för utredning och bedömning och om behov bedöms föreligga behandling.

I Danmark har ansvaret för både behandling och stöd samlats hos kommunen och socialtjänsten. Den regionalt förvaltade, men nationellt finansierade, hälso- och sjukvården har ansvar för abstinensbehandling (som kommunen kan avropa vid behov) samt för behandling av psykisk och somatisk sjukdom vid samsjuklighet med missbruk eller beroende. Beslutet att samla ansvaret för missbruks- och beroendevården hos kommunerna i Danmark ingick som en del i en strukturreform som minskade antalet kommuner och regioner i syfte att stärka den finansiella basen för offentlig service.

Det samlade behandlingsansvaret inom hälso- och sjukvården har flera fördelar, bland annat främjas utredning och bedömning som beaktar såväl fysiologiska, psykologiska som psykosociala förhållanden och ett behandlingsutbud av motsvarande bredd. Därtill underlättar ett samlat ansvar hos en huvudman ingången i vårdssystemet för individen som söker hjälp.

Därmed är det inte sagt att alla gränsdragningsproblem försvinner med ett samlat behandlingsansvar. För vissa stödkrävande målgrupper kvarstår gränsdragningsproblem genom att olika huvudmän har ansvar för behandling respektive för stöd. Gränsdragningsproblem kan också finnas inom en huvudman, till exempel mellan olika grenar och specialiteter inom hälso- och sjukvården eller mellan olika nämnder, förvaltningar och enheter inom socialtjänsten.

Den internationella utvecklingen understryker behovet av att pröva den svenska arbetsfördelningen inom missbruks- och beroendevården.

3.1.11 Kända ansvarsproblem, tidigare lösningar otillräckliga

Problemet med det delade och otydliga ansvaret och de negativa konsekvenser detta medför för individen har uppmärksammats under lång tid såväl nationellt i olika statliga utredningar som regionalt och lokalt av huvudmän, professionella och brukare. Det har också vid upprepade tillfällen vidtagits åtgärder för att komma till rätta med problemet (jfr kapitel 25).

Staten har flera gånger förmedlat bidrag till kommuner och landsting för kompetensutveckling, främjande av samverkan, etc. samt satsat på nationella riktlinjer, annan vägledning och förstärkt tillsyn. Det har också beslutats om vissa mindre förändringar av den lagstiftning som reglerar missbruks- och beroendevården främst i syfte att möjliggöra samverkan mellan huvudmännen. De möjligheter till samverkan som införts har huvudmännen dock valt att använda endast i begränsad utsträckning, till exempel möjligheten att inrätta en för landsting och kommun gemensam nämnd.

I lagstiftningen har det dock inte gjorts några förtydliganden eller förändringar av huvudmännens ansvar för de centrala delarna i vård- och stödprocessen.

Däremot har enskilda kommuner och landsting på frivillig väg lokalt och regionalt försökt tydliggöra ansvaret för olika uppgifter och målgrupper och utveckla former för samverkan, till exempel genom olika slags överenskommelser, samlokalisering av verksamhet och etablering av gemensamma enheter. Inom ramen för det av staten finansierade och SKL ledda projektet *Kunskap till praktik* är en målsättning att utveckla regionala överenskommelser mellan kommuner och landsting. De överenskommelser utredningen tagit del av framstår dock som otillfredsställande. Exempelvis förekommer det att den ena huvudmannen villkorar sin insats med att den andra huvudmannen först vidtar en annan insats.

Utredningen har vid hearingar runt om i landet med företrädare för enskilda huvudmän samt vid kontakterna med SKL uppfattat det som att det bland kommuner och landsting finns en frustration över att återkommande behöva förhandla och tvista om vilken huvudman som har ansvaret för olika behandlings- och stödinsatser för personer med missbruk eller beroende.

Det faktum att problemet med bristande samverkan mellan kommun och landsting varit känt under lång tid samt att de åtgärder som vidtagits nationellt, regionalt och lokalt för att komma till rätta med problemet talar för att tiden nu är mogen för

att genom lagstiftning tydliggöra kommunens och landstingets ansvar för missbruks- och beroendevården.

3.1.12 Kommunernas och landstingens ansvar ska lagregleras

Utredningen anser mot denna bakgrund att kommunens och landstingets ansvar för missbruks- och beroendevården måste tydliggöras för att komma till rätta med problemen med bristande tillgänglighet, samordning och kontinuitet som drabbar såväl den enskilde som vårdens effektivitet.

Tydligare, fortsatt delat ansvar bäst i praktiken

Den ideala ansvarsmässiga lösningen för missbruks- och beroendevården isolerat skulle sannolikt vara att samla ansvaret för landstingets och kommunernas insatser för personer med missbruk eller beroende hos en huvudman. Inte minst mot bakgrund av de erfarenheter som finns av ett samlat huvudmannaskap i andra länder.

Likväl anser utredningen att kommunen och landstinget även framgent bör ha ett delat, men tydliggjort ansvar. Denna slutsats bygger på ett helhetsperspektiv som betraktar missbruks- och beroendevården som en del i det totala vårdssystemet.

Det finns enligt utredningens mening ett mervärde om samma ansvarsfördelning mellan landstingets ansvar för behandling och kommunens ansvar för stöd kan upprätthållas för såväl personer med missbruk eller beroende som andra patient- och klientgrupper inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Därigenom skapas förutsättningar för bättre samordning av kommunernas och landstingens insatser. Det underlättar också för den enskilde i behov av hjälp att orientera sig i ett komplext vårdssystem och veta var en viss hjälp kan sökas.

Ett annat viktigt skäl för ett fortsatt delat, men tydliggjort ansvar är det praktiska att överflyttningarna av verksamheter och resurser mellan huvudmännen och därmed omställningskostnaderna begränsas.

För ett fortsatt delat ansvar, om än med en förändrad ansvarsfördelning, talar också att SKL liksom många kommuner och landsting som avgivit remissvar på promemorian *Bättre vård*

och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården förordad ett delat huvudmannaskap i kombination med en tydligare reglering av kommunens och landstingets respektive uppgifter.

Utredningen har därför stannat vid att genom lagstiftning reglera kommunens och landstingets ansvar mer i detalj samt att i vissa avseenden förändra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Förändringen av ansvarsfördelningen gäller att det i dag delade ansvaret för behandling samlas hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Det är i detta sammanhang viktigt att notera att utredningen ger behandling en snäv innebörd.

Kommunernas och landstingens centrala uppgifter

De uppgifter i vård- och stödprocessen för vilka kommunernas och landstingens ansvar bör tydliggöras är enligt utredningens mening tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, behandling, stöd samt utredning, bedömning, planering och uppföljning.

Utredningen är medveten om att en mer detaljerad reglering kan uppfattas som en begränsning av det kommunala självstyret. Enligt utredningen är en mer detaljerad reglering dock motiverad för att säkerställa en god och jämlik vård för personer med missbruk eller beroende.

Staten har under lång tid vidtagit flera andra åtgärder för att åstadkomma detta, bland annat stimulansbidrag och förstärkt tillsyn, utan att komma till rätta med de brister som drabbar den enskilde i behov av hjälp. Mer detaljerad lagstiftning ska därför ses som en följd att tidigare mjukare styrmedel inte haft avsedd verkan.

Förstärkta krav på samverkan

Utöver att tydliggöra ansvaret och i något avseende förändra ansvarsfördelningen för de centrala uppgifterna inom missbruks- och beroendevården anser utredningen att det ska införas förstärkta krav på samverkan mellan huvudmännen. Bristande samverkan mellan kommun och landsting har under lång tid uppmärksamats som ett allvarligt problem.

De förstärkta kraven på samverkan gäller i första hand en skyldighet för landstinget att ingå samarbetsavtal med kommu-

nera i landstinget och en skyldighet för kommunen att ha det övergripande ansvaret för att upprätta individuell plan för personer som är i behov av både stöd från kommunen och behandling från landstinget.

3.2 Inte bara alkohol och narkotika, utan även läkemedel och dopningsmedel

Utredningens förslag: Insatserna inom missbruks- och beroendevården ska syfta till att ge vård, behandling och stöd åt människor som genom sin användning av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel riskerar att skada sin hälsa eller sociala situation. Insatserna ska även syfta till att ge stöd åt närstående till personer som använder sådana medel på ett skadligt sätt.

3.2.1 Nuvarande lagstiftning och styrdokument

När SoL och HSL utformades i början av 1980-talet stod missbruk av alkohol och narkotika i fokus. De första vårdlagarna inom missbruksområdet från början av 1900-talet uppmärksammade uteslutande missbruk av alkohol. Från och med 1960-talet spreds narkotikamissbruket i Sverige, vilket också påverkade utformningen av SoL och HSL och de kompletterande tvångsvårdslagarna LVM och LPT.

Däremot förekom i början av 1980-talet i princip inte något missbruk av dopningsmedel. Inte heller uppmärksammades missbruk och beroende av läkemedel som ett problem, även om det säkerligen förekom.

Under senare år har även missbruk av dopningsmedel uppmärksammats i nationella styrdokument inom missbruksområdet. Läkemedelsberoende har däremot i princip inte uppmärksammats. Det senare står i kontrast till situationen i andra länder. Internationellt har missbruk och beroende av receptbelagda läkemedel identifierats som det näst största missbruksproblemet efter alkohol.

3.2.2 Förändrad missbrukssituation

Utredningens analys av missbrukssituationen i Sverige visar att det finns cirka 330 000 personer med beroende och 450 000 med missbruk (skadligt bruk) av alkohol, 29 500 personer med tungt narkotikamissbruk, 65 000 med läkemedelsberoende och 10 000 frekventa användare av dopningsmedel. Detta bekräftar att alkohol är det stora problemet. Men uppgifterna understryker också vikten av att missbruks- och beroendevården kan ge vård, behandling och stöd åt personer med missbruk eller beroende av läkemedel respektive dopningsmedel.

3.2.3 Vårdutbudet möter inte de nya behoven

Även utbudet av insatser inom missbruks- och beroendevården är i första hand begränsat till att möta behoven hos personer med alkohol- eller narkotikaproblem. Det är stora variationer mellan olika kommuner och landsting när det gäller utbudet av insatser, men i princip hela landet finns ett basutbud för personer med alkohol- eller narkotikaproblem.

För personer med läkemedelsberoende finns i dag särskilt utformad specialiserad vård endast på några få platser och då inom ramen för hälso- och sjukvården, bland annat i Stockholm och Malmö. Detta trots att vårdbehoven är betydande. Med de inom vården redan kända patienterna som utgångspunkt bör det identifieras cirka 500 patienter med läkemedelsberoende per år i ett landsting av genomsnittlig storlek. Det faktiska antalet är sannolikt väsentligt större eftersom vårdbehov sällan identifieras om det inte finns ett utbud av insatser som möter behoven.

För personer med missbruk av dopningsmedel är utbudet av vård än mer begränsat. I dag finns i princip inte någon särskilt utformad specialiserad vård, med viss reservation för verksamheter som finns i Göteborg och Örebro. Vårdbehoven hos de cirka 10 000 frekventa användarna av dopningsmedel är mycket oklara eftersom det i dag i princip inte erbjuds någon vård för den aktuella målgruppen.

Det förekommer även missbruk eller beroende av andra medel än de ovan nämnda som kan skada en persons hälsa eller sociala situation och som innebär behov av vård, behandling och stöd.

Även närstående till personer med missbruk eller beroende kan vara i behov av stödinsatser. Stöd till närstående har i olika sammanhang lyfts fram som ett bristområde i vården, bland annat stöd till barn i familjer med missbruksproblem.

3.2.4 Vårdens målgrupp ska tydliggöras

Utredningen anser mot denna bakgrund att målgruppen för missbruks- och beroendevården bör tydliggöras.

Insatserna inom missbruks- och beroendevården bör syfta till att ge vård, behandling och stöd åt människor som genom sin användning av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel riskerar att skada sin hälsa eller sociala situation.

Insatserna ska även syfta till att ge stöd åt närstående till personer som använder sådana medel på ett skadligt sätt.

Förtydligandet av målgruppen för missbruks- och beroendevården bör bidra till ett mer jämlikt utbud av vård, behandling och stöd för personer med olika former av missbruk och beroende och deras närstående.

3.3 Tillnyktringsverksamhet

Utredningens förslag: Landstinget ska i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården ansvara för tillnyktringsverksamhet.

3.3.1 Otydligt ansvar

Med tillnyktringsverksamhet avses att bereda akut alkohol- och drogpåverkade personer omvårdnad, viss medicinsk insatsberedskap, och någonstans att vistas under en kortare tid medan personen nyktrar till. Tillnyktringsverksamhet bör ses som en ingång i vård- och stödprocessen som kan kombineras med efterföljande kort intervention, abstinensvård och behandling. Det är dock långt ifrån alla av dem som nyttjar en tillnyktringsverksamhet som är i behov av behandling för missbruk eller beroende (jfr kapitel 25).

I SoL och HSL är inte ansvaret för tillnyktringsverksamhet närmare reglerat. Även i praktiken råder det oklarhet om vilken

huvudman som har eller bör ha ansvaret för att erbjuda tillnyktringsverksamhet.

Kommunernas och landstingens faktiska ansvar för att bedriva och finansiera tillnyktringsverksamhet varierar också mellan det totalt särskilda tillnyktringsenheter som finns i dag. I flertalet fall drivs tillnyktringsenheten av landstinget men är gemensamt finansierad av landstinget och kommunerna. I något fall både bedrivs och finansieras verksamheten av landstinget och i något fall bedrivs och finansieras verksamheten av kommunen.

Under utredningens arbete har det framkommit att det otydliga ansvaret på flera platser resulterat i att tillnyktringsverksamheter inte kommit tillstånd på grund av oenighet om finansieringsansvaret mellan kommun och landsting. Detta trots att det funnits enighet om behovet av att etablera en tillnyktringsverksamhet. Det finns också exempel på att väl fungerande verksamheter har upphört på grund av ett landsting eller en kommun plötsligt dragit sig ur ett samarbete. Det otydliga ansvaret drabbar sålunda den enskilde i behov av hjälp.

3.3.2 Brist på tillnyktringsverksamhet

Det råder en betydande brist på tillnyktringsenheter med adekvat medicinsk kompetens. I dag finns det totalt ett tiotal särskilda tillnyktringsverksamheter i landet. På andra håll kan behovet av tillnyktring i vissa fall och viss mån tillgodoses inom ramen för annan verksamhet, till exempel inom hälso- och sjukvården på en så kallad våt sida av en avdelning som bedriver abstinensvård.

Bristen medför en ökad risk för personer med behov av tillnyktring under kontrollerade former eftersom dessa personer inte regelmässigt erbjuds medicinsk bedömning och vid behov medicinsk övervakning. I detta sammanhang ska det också noteras att det har blivit allt svårare att bedöma påverkade personers tillstånd och eventuella vårdbehov som en följd av att det har blivit allt mer vanligt förekommande med missbruk som kombinerar flera olika substanser.

Brist på tillnyktringsverksamhet som en länk i vård- och stödprocessen kan också utgöra ett hinder för personer som är i behov av abstinensvård och efterföljande. På vissa håll inleds nämligen inte abstinensvård eller behandling om personen inte är nykter. För personer som inte själva förmår vara nyktra när de

söker abstinensvård eller behandling innebär bristen på tillnyktringsverksamhet en risk för att den enskildes tillgång till vård starkt begränsas.

3.3.3 Omhändertagna enligt LOB

Det finns också ett behov av förbättrad medicinsk bedömning och övervakning för personer som omhändertas enligt LOB, vilka i dag ofta förvaras hos polisen i arrestlokal. Förvaring av berusade personer hos polisen i arrest innebär en risk för den omhändertagne eftersom det ofta är svårt att tillgodose behovet av medicinsk bedömning och övervakning. Varje år avlider det några personer som omhändertagits enligt LOB under förvarningen i polisens lokaler. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv framstår vidare tillnyktring i lokaler som inte är anpassade för omvårdnad som otillfredsställande och otidsenliga.

Även utifrån ett polisiärt perspektiv är den nuvarande ordningen otillfredsställande eftersom uppgiften har en svag koppling till polisens kärnuppgifter att utreda brott och upprätthålla ordning och säkerhet.

Detta talar för att medicinsk bedömning och medicinsk övervakning av berusade personer omhändertagna enligt LOB bör vara ett ansvar för en annan huvudman, lämpligen den huvudman som har det generella ansvaret för tillnyktringsverksamhet. Utredningen föreslår att landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården ska ges ett utökat ansvar för att medicinsk bedömning och medicinsk övervakning av omhändertagna enligt LOB (se kapitel 8).

3.3.4 Landstinget ska ansvara för tillnyktringsverksamhet

Utredningen anser därför att landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården ska ansvara för att tillhandahålla tillnyktringsverksamhet med adekvat medicinsk kompetens.

För detta talar olika kompetensmässiga skäl. Inom hälso- och sjukvården finns redan den kompetens som krävs för adekvat medicinsk bedömning och medicinsk övervakning. Vidare finns möjlighet att vid behov hänvisa vidare till akutsjukvård och planerad, specialiserad vård.

I detta sammanhang ska också noteras att utvecklingen har gått i riktning mot att gränsen mellan tillnyktringsverksamhet och abstinensvård blir allt mer flytande. Tidigare fanns en mer moraliserande hållning att personer först skulle vara nyktra innan abstinensvård eller behandling kunde inledas. I dag inleds abstinensvård och i vissa fall behandling i allt högre grad redan innan personen är nykter.

Utredningen ser positivt på denna utveckling som innebär en integreringen av tillnyktringsverksamhet och abstinensvård. Eftersom abstinensvård normalt har betydande medicinska inslag och i hög grad utförs inom hälso- och sjukvården, talar denna utveckling för att samma huvudman ska ha ansvar för både tillnyktringsverksamhet och abstinensvård, det vill säga landstinget.

Utöver de kompetensmässiga skälen, finns också ett antal praktiska skäl som talar för att landstinget ska ansvara för tillnyktringsverksamhet.

Det större befolkningsunderlaget på regional nivå skapar förutsättningar för att bedriva tillnyktringsverksamhet mer kostnadseffektivt jämfört med om det skulle vara en lokal uppgift för kommunerna. I befolkningsmässigt små kommuner finns inte ett tillräckligt stor efterfrågan för att det ska vara motiverat att driva en egen tillnyktringsverksamhet. Det skulle också för små kommuner vara kostsamt att tillhandahålla den medicinska kompetens som krävs för bedömning och övervakning.

I detta sammanhang bör också noteras att sjukhusen i princip är de enda vårdinrättningar som är öppna dygnet runt. Genom att integrera tillnyktringsverksamhet med annan sjukhusverksamhet främjas en mer effektiv resursanvändning.

Samtidigt måste dock organisationen av tillnyktringsverksamhet anpassas till bland annat geografiska och verksamhetsmässiga förutsättningar samt målgruppens behov och natur. Exempelvis måste aggressiva och våldsamma personer, som inte utan risk för andra patienter och personal kan hanteras i vanlig vårdmiljö, förvaras hos polisen i arrest.

Utredningen bedömer att det finns ett behov av totalt cirka 40 tillnyktringsenheter i landet. Detta är i linje med bedömningar i tidigare utredningar.

I större städer är det rimligt att tillnyktringsverksamhet bedrivs inom särskilda enheter på sjukhus, i nära anslutning till akutsjukvård. På andra platser kan det vara lämpligt att integrera tillnyktringsverksamheten på avdelningar som även bedriver

abstinensvård. På ytterligare andra platser kan det vara lämpligt med andra lösningar, till exempel kan det i glesbygdsområden vara lämpligt att organisera tillnyktringsverksamhet inom ramen för primärvården eller att landstinget tillhandahåller medicinsk kompetens i polisens lokaler.

Landstingets ansvar för tillnyktringsverksamhet regleras i 4 § i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

3.4 Abstinentvård

Utredningens förslag: Landstinget ska i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården ansvara för abstinentvård.

3.4.1 Ansvar och tillgänglighet

Med abstinentvård avser utredningen lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktioner som uppträder i samband med att intaget av alkohol eller andra droger upphör. Abstinentvård har tidigare ofta benämnts avgiftning. Den äldre benämningen uppfattas ibland representera en förlegad syn – att det i huvudsak handlar om förvaring under den tid drogen elimineras ur kroppen. I dag har abstinentvård normalt tydliga medicinska inslag, till exempel i form av behandling med läkemedel. Detta gäller i synnerhet komplicerad abstinentvård som bedrivs i slutenvård. Men mycket abstinentvård består också i första hand av omvårdnad och saknar inslag av egentlig behandling. Abstinentvård är därför att föredra framför den i dag vanliga benämningen abstinentbehandling. Abstinentvård som en benämning som ska inkludera omvårdnad och viss behandling är också i linje med utvecklingen som innebär att gränsen mellan tillnyktringsverksamhet och abstinentvård håller på att upplösas.

Ansvar för abstinentvård är inte närmare reglerat i huvudlagarna HSL och SoL eller andra regelverk. I praktiken tenderar dock landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården att endera helt i egen regi eller i några fall i samverkan med kommun eller andra vårdgivare att bedriva merparten av abstinentvården. Detta gäller i första hand abstinentvård i slutenvård. Men det förekommer också undantagsvis att kommuner finansierar abstinentvård i slutenvård, vanligen abstinentvård utan eller med

begränsade medicinska inslag som en inledning på en vistelse vid HVB. När det gäller abstinensvård i öppen vård är den faktiska ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting något mindre tydlig. Men sammantaget förefaller det bland huvudmännen råda enighet om att det är ett ansvar för landstinget att erbjuda och finansiera abstinensvård.

Tillgängliga undersökningar och muntliga uppgifter till utredningen indikerar att det råder en viss brist på abstinensvård.

3.4.2 Två avsteg från den normala ansvarsfördelningen

Det finns två väsentliga undantag från denna normala ordningen att landstinget ansvarar för abstinensvård. Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse bedriver i betydande utsträckning abstinensvård i egen regi.

Den abstinensvård som Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse bedriver motsvarar i första hand den abstinensvård som inom hälso- och sjukvården bedrivs i öppen vård. Avstegen från ordningen att landstingen i egenskap av sjukvårdshuvudman har ett ansvar för abstinensvården kan utgöra ett hot mot patient-säkerheten. Inom kriminalvården och vården utan samtycke enligt LVM finns inte motsvarande medicinska kompetens som inom landstinget. De två undantagen bryter också mot den så kallade normaliseringsprincipen.

När det gäller kriminalvården innebär normaliseringsprincipen att kriminalvårdens ansvar för de intagnas behov av vård- och stödinsatser är begränsat. Det är de ordinarie myndigheterna som primärt ska ansvara för de intagnas behov av till exempel hälso- och sjukvård eller sociala insatser. Endast i de fall där de intagna omhändertagits på ett sådant sätt att det förhindrar andra myndigheters medverkan eller där insatser uteslutande har sin grund i kriminalvårdens uppdrag bör det vara motiverat att göra avsteg från denna princip. Dagens praktik innebär enligt utredningens uppfattning att staten i viss mån finansierar abstinensvård inom kriminalvården som landstingen egentligen har ansvar för och ska finansiera.

När det gäller vård utan samtycke enligt LVM gäller normalt att landstinget ska ansvara för klienternas behov av hälso- och sjukvård. Dagens praktik innebär, på motsvarande sätt som när det gäller kriminalvården, ett avsteg från normaliseringsprincipen.

Kommunerna finansierar genom avgifterna till Statens institutionsstyrelse abstinensvård som landstingen egentligen har ansvar för och ska finansiera.

3.4.3 Landstinget ska ansvara för abstinensvård

Utredningen bedömer mot denna bakgrund att abstinensvård bör vara ett ansvar för landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.

Landstingets ansvar för abstinensvård regleras i 4 § i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

3.5 Behandling

Utredningens förslag: Landstinget ska i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården ansvara för behandling.

3.5.1 Delat, delvis otydligt ansvar

Med behandling avser utredningen systematiska och teoretiskt grundade metoder som används för att hjälpa människor att komma ifrån sitt missbruk eller beroende eller minska de negativa konsekvenserna av ett fortgående bruk. Närmare bestämt ska insatser uppfylla fyra kriterier för att klassificeras som behandling inom missbruks- och beroendevården. Metoderna ska ha stöd i forskning (evidenskriteriet). Insatserna ska syfta till att avhjälpa eller lindra konsekvenserna av missbruksproblemet (intentionsproblemet). Den som utför behandlingen ska ha den kompetens som krävs (kompetenskriteriet). Behandlingen ska bedrivas i ett sammanhang som är avsett för behandling (kontextkriteriet).

Behandlingsansvaret är i dag mycket övergripande reglerat. Socialtjänsten har enligt SoL inte något uttalat ansvar för behandling. Men i 5 kap. 9 § sägs att socialtjänsten aktivt ska sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Att hälso- och sjukvårdens har ett direkt ansvar för behandling följer av 1 § HSL som säger att med hälso- och sjukvård avses att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar.

Traditionellt har missbruks- och beroendevården i första hand betraktats som ett ansvar för kommunen och socialtjänsten. Bestämmelsen i 5 kap. 9 § har tolkats som ett avsteg från den normala ansvarsfördelningen mellan landstinget och kommunen och att socialtjänsten har ett ansvar för behandling av missbruks- och beroendetillstånd medan landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården har ett ansvar för behandling av andra sjukdomstillstånd.

Kommunerna och landstingen tolkar i dag ansvaret för behandling mycket olika. I första hand styrs den faktiska ansvarsfördelningen av hur landstinget har valt att tolka eller prioritera sitt ansvar.

Vissa landsting har i olika dokument slagit fast att de anser att behandling av personer med missbruk eller beroende är ett kommunalt ansvar, och att landstingets behandlingsansvar är begränsat till personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och allvarlig psykisk sjukdom. I dessa landstingsområden har kommunerna i praktiken ansvaret för behandling av personer med missbruk eller beroende. Andra landsting har valt att ta ett större ansvar för behandling av missbruks- och beroendetillstånd. Några landsting erbjuder i dag ett komplett behandlingsutbud som omfattar såväl läkemedelsbehandling som psykosociala behandlingar.

Utredningen har ovan beskrivit de problem som följer av kommunernas och landstingens delade och delvis otydliga ansvar för missbruks- och beroendevården och hur dessa problem drabbar den enskilde och vårdens effektivitet.

I det följande anför utredningen först ett antal skäl som talar för att samla behandlingsansvaret hos en huvudman och därefter ett antal skäl som talar för att samla behandlingsansvaret hos landstinget.

3.5.2 Fördelar med att samla behandlingsansvaret

Mer likvärdigt och komplett utbud

Missbruk och beroende är multifaktoriella tillstånd som kan orsakas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Insatsmässigt finns det såväl läkemedelsbehandling som psykosocial behandling med god evidens för olika missbruks- och beroendetillstånd. För att på bästa sätt hantera missbruk och beroende som komplexa

problem och skapa möjlighet för den enskilde att påverka valet av behandling är det sålunda avgörande att det finns ett tillräckligt brett utbud av kunskapsbaserade insatser i hela landet.

Kommuner och landsting har i dag olika möjligheter att erbjuda behandling. Båda huvudmännen kan enligt lagstiftningen erbjuda psykosocial behandling. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL omfattar dock inte vård som meddelas av läkare, exempelvis läkemedelsbehandling och andra av läkare ledda utrednings- och behandlingsinsatser.

Beroende på om kommunen eller landstinget står för behandlingen av personer med missbruk eller beroende varierar sålunda möjligheten att erbjuda behandling, främst gäller detta tillgången på läkemedelsbehandling.

Kommunerna och landstingen tolkar också ansvaret för missbruk- och beroendevården mycket olika. I många områden har kommunen och landstinget ett delat ansvar för vården enligt principen att kommunen står för psykosocial behandling medan landstinget står för läkemedelsbehandling och behandling av samtidiga somatiska och psykiska sjukdomar. I några områden har kommunen ett i princip samlat ansvar som en konsekvens av att landstinget anser att det inte har ett behandlingsansvar för personer med missbruk eller beroende. I allt fler områden har landstinget kommit att ta ett allt större ansvar för läkemedelsbehandling och psykosocial behandling.

De olika formella möjligheter kommunen och landstinget har att erbjuda behandling, i kombination med olikheterna i hur kommunerna och landstingen definierar sitt faktiska ansvar, har lett till att tillgången på behandling i hög grad avgörs av var i landet en person är bosatt.

Genom att samla ansvaret för både medicinsk och psykosocial behandling hos en huvudman tydliggörs behandlingsansvaret och främjas ett mer komplett och mer likvärdigt utbud av behandling i hela landet.

Optimal insatskombination underlättas

Den mest effektiva behandlingen av olika missbruks- och beroendetillstånd är ofta en kombination av medicinska och psykosociala insatser.

Det har under lång tid observerats att det delade ansvaret för behandling mellan kommunen och landstinget drabbar individen i form av samordnings- och kontinuitetsproblem, och ibland utebliven insats på grund av att inte någon av de två huvudmännen tar ansvar. Inte sällan erbjuder kommunen psykosociala insatser, men landstinget möter inte upp med läkemedelsbehandling, eller omvänt. Inte sällan hänvisas den enskilde i behov av hjälp mellan kommunen och landstinget utan att någon av de två huvudmännen tar ett tydligt, samlat behandlingsansvar. Personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk eller somatisk sjukdom är en särskilt utsatt grupp.

Genom att samla ansvaret hos en huvudman underlättas optimala insatskombinationer vid behandling.

En dörr in för den vårdsökande

Det delade behandlingsansvaret och de stora regionala och lokala variationerna kan också göra det svårt för den enskilde i behov av hjälp att veta vart han eller hon ska vända sig för vård och behandling.

Genom att samla behandlingsansvaret hos en huvudman underlättas ingången i vårdsystemet för den som söker hjälp. Vidare skapas bättre förutsättningar för att ge den enskilde fullständig information om hela utbudet av behandlingsinsatser. Därigenom skapas också bättre förutsättningar för den enskilde att göra informerade val, vara delaktig i vårdens planering och genomförande, och ytterst hävda sin rätt.

Internationella erfarenheter

De positiva erfarenheterna av ett samlat behandlingsansvar hos en huvudman har också vidimerats i samband med utredningens granskning av missbruks- och beroendevården i andra länder. Att samla behandlingsansvaret har också varit ett viktigt skäl bakom reformer av missbruks- och beroendevården, till exempel de som under senare år har genomförts i Danmark och Norge, även om de två länderna samlat ansvaret hos olika huvudmän.

Det vanligaste mönstret internationellt förefaller vara att olika huvudmän ansvarar för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst,

men att ansvaret för behandling av olika missbruks- och beroendetillstånd är samlas hos en huvudman, vanligen inom ramen för hälso- och sjukvården.

3.5.3 Fördelar med att samla behandlingsansvaret hos landstinget

Utredningen ser också flera skäl till att behandlingsansvaret ska samlas hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.

Nio av tio vill söka hjälp inom hälso- och sjukvården

Utredningen har som en målsättning att stärka individens ställning inom missbruks- och beroendevården. I detta ligger också att vården ska vara organiserad på ett sätt som för den enskilde är attraktivt och uppmuntrar till att söka hjälp när behov föreligger.

Det är viktigt att göra missbruks- och beroendevården mer attraktiv. Den stora gruppen i behov av vård och stöd är de cirka 330 000 personerna med beroende av alkohol varav flertalt har bibehållen social förankring med bostad, familj och arbete. Vården når i dag endast omkring 50 000 eller 15 procent av målgruppen.

Den svenska missbruks- och beroendevården har sina rötter i fattigvården och har följaktligen traditionellt varit organiserad med socialtjänsten som bas. Organiseringen av vården verkar i dag stå i konflikt med uppfattningen hos den stora majoriteten av dem som behöver hjälp om var de helst vill söka vård.

Personer med missbruk eller beroende söker hellre vård inom hälso- och sjukvården än inom socialtjänsten. I en nyligen genomförd forskningsstudie tillfrågades 3 000 personer med missbruks- och beroendeproblem i Sverige var de helst vill söka hjälp för sina problem. Av svaren framgår att endast 5 procent helst söker hjälp hos socialtjänsten medan hela 88 procent helst söker hjälp inom hälso- och sjukvården, det vill säga inom den specialiserade beroendevården, den psykiatriska vården, primärvården eller företagshälsovården.

Genom att samla ansvaret för behandling hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården anpassas vården

till önskemålen hos dem som behöver söka hjälp för alkohol- och drogproblem.

En jämlik vård för alla

Den kartläggning av 14 000 missbruksklienter bedömda enligt ASI som utredningen låtit göra bekräftar den vanligt förekommande uppfattningen att socialtjänsten i första hand möter personer med missbruk eller beroende som också har betydande sociala problem. De som söker sig till socialtjänsten för hjälp har också ofta psykisk samsjuklighet (jfr kapitel 6 i forskningsbilagan). Indirekt kan slutsatsen dras att socialt etablerade personer med missbruksproblem söker hjälp inom hälso- och sjukvården.

Utredningen säger eller anser inte att behandlingen av missbruk eller beroende är bättre eller sämre inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Men inom hälso- och sjukvården finns tillgång till läkemedelsbehandling som inte socialtjänsten kan erbjuda. Om det finns ett socialt mönster att personer med social problematik söker vård för missbruksproblem inom socialtjänsten och socialt etablerade personer söker hjälp för missbruksproblem inom hälso- och sjukvården innebär det därmed att tillgången på vård är ojämlik.

Genom att samla behandlingsansvaret hos landstinget kan vården organiseras på ett sätt som gör att uppdelningen mellan en vård för socialt integrerade och en annan vård för socialt marginaliserade upphör och att förutsättningar skapas för en jämlik vård för alla oberoende av social situation.

Starkare finansiell bas för en mer differentierad vård

Kunskapsunderlagen som ingår i utredningens forskningsbilaga och andra kartläggningar utredningen låtit göra visar att det är angeläget att utveckla specifika insatser för flera olika grupper, bland annat för barn och ungdomar, gravida kvinnor, kvinnor, personer med utländsk bakgrund, personer med funktionsnedsättning och äldre. Det ska framhållas att uppräkningsgruppen av grupper inte på något sätt är uttömmande, utan att den utgör ett urval av grupper som utredningen identifierat har speciella vårdbehov eller är i behov av

särskilda insatser för att kunna ta del av det ordinarie utbudet av insatser (jfr kapitel 23).

Behandlingsutbudet varierar mycket mellan olika kommuner och landsting. Tydligt är att många små kommuner med en befolkning som understiger 20 000 invånare har svårt att finansiellt bära en kvalificerad och differentierad vård. I dessa kommuner är insatsutbudet mer begränsat och förekomsten av specialiserade missbruks- och beroendevårdsenheter inom socialtjänsten mindre vanlig. Exempelvis kan nämnas att kostnaden för en enskild vistelse vid behandlingshem kan uppgå till flera hundra tusen kronor.

I detta sammanhang ska också noteras att WHO:s internationella kartläggningar visar att det är en internationell trend i västvärlden att skapa färre och större huvudmän för vården. Den huvudsakliga anledningen till denna utveckling är att förstärka den finansiella basen och skapa stordriftsfördelar för en allt mer specialiserad vård. Denna utveckling är tydligast inom hälso- och sjukvården. Närliggande exempel är Danmark och Norge som har reducerat antalet sjukvårdshuvudmän och ökat statens ansvar för finansieringen av hälso- och sjukvården.

Genom att samla behandlingsansvaret hos 21 landsting i stället för 290 kommunen skapas ett befolkningsmässigt underlag som finansiellt kan bära en differentierad och specialiserad vård. Det gäller i första hand behandling för olika målgrupper, men även vissa skadebegränsande insatser av medicinsk karaktär, såsom program för sprututbyte och vaccination av riskgrupper.

Ansvarsmässig normalisering

Missbruk och beroende är sammansatta fenomen av bio-psykosocial natur. I allt högre grad har missbruk och beroende kommit att betraktas som sjukdomstillstånd, vilket är en logisk konsekvens av ökad kunskap om mekanismerna bakom missbruk och beroende samt att det har utvecklats allt fler läkemedelsbehandlingar för olika missbruks- och beroendetillstånd.

Missbruk och beroende ingår i de internationella diagnosystemen för hälso- och sjukvården. Flera av de behandlingar som har evidens förutsätter också medverkan av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Detta utesluter inte att etiologin är multifaktoriell i den mening att missbruk och beroende kan orsakas av såväl biologiska, psykologiska som sociala faktorer. Inte heller

utesluter detta att missbruk och beroende kan ha skadliga effekter på såväl hälsa som sociala situation.

Genom att samla behandlingsansvaret hos landstinget i egenskap av sjukvårdshuvudman skapas en ordning som innebär att missbruk och beroende hanteras enligt samma ansvarsfördelning mellan kommun och landsting som andra sjukdomstillstånd. Beroendetillstånd ibland långvariga och återkommande natur medför att situationen snarast liknas med den för personer med psykiska funktionshinder, det vill säga personer med långvariga och allvarliga konsekvenser av psykisk sjukdom.

Den bristande samordningen av kommunens och landstingets insatser när det gäller vård för personer med missbruk eller beroende är ett problem som har uppmärksammats under lång tid. Staten har vidtagit flera olika åtgärder, bland annat statliga bidrag för att stimulera samverkan, förstärkt tillsyn och vissa lagändringar i syfte att skapa möjligheter för samverkan. Likväl består den grundläggande problematiken.

Genom att samla behandlingsansvaret hos landstinget och normalisera ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting skapas enligt utredningens mening goda förutsättningar för den samverkan som är nödvändig mellan huvudmännen.

Anpassning till vårdens utveckling

Vårdens utveckling utmanar den nuvarande lagstiftningen. I dag har kommunen som huvudman för socialtjänsten ett särskilt ansvar för missbruks- och beroendevården inklusive ett ansvar för psykosocial behandling. I SoL definieras missbruk i första hand som ett socialt problem och anvisas i första hand psykosociala insatser för att lösa problemet.

Sedan SoL och HSL tillkom har missbruk och beroende i allt högre grad kommit att betraktas som sjukdomstillstånd. Tillstånden ingår i de internationella diagnosystemen ICD och DSM. Nya substanser och former av missbruk ställer större krav på medicinska insatser, bland annat missbruk av läkemedel och dopningsmedel. Läkemedelsbehandling och annan medicinsk behandling har utvecklats för allt fler missbruks- och beroendetillstånd.

Vårdens utveckling har också påverkat den faktiska ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting. I linje med att missbruk och beroende numera betraktas som sjukdomstillstånd

och att allt fler läkemedelsbehandlingar utvecklats har allt fler landsting kommit att ta ett allt större behandlingsansvar för personer med missbruk eller beroende. Längst har denna utveckling kommit i de landsting som har etablerat särskilda, specialiserade enheter för missbruks- och beroendevård, så kallade beroendecentrum. Samverkan med socialtjänsten när det gäller psykosocialt stöd och andra sociala insatser är en naturlig och viktig komponent i sådana specialiserade beroendeverksamheter.

Genom att samla behandlingsansvaret för personer med missbruk eller beroende hos landstinget i egenskap av sjukvårdshuvudman anpassas lagstiftningen till den faktiska utvecklingen inom vården.

Bättre vård vid samsjuklighet

Många personer med missbruk eller beroende har samtidigt annan psykisk eller somatisk sjukdom. Utredningens kunskapsunderlag i forskningsbilagan visar att mellan 30 och 50 procent av dem som söker vård för missbruk eller beroende har annan psykisk eller somatisk sjukdom.

Det har under lång tid uppmärksammats att personer med samsjuklighet drabbas av det delade och delvis otydliga ansvaret för missbruks- och beroendevården. Till men för den enskilde i behov av hjälp är det vanligt att kommunen som ansvarig för behandling av missbruk och beroende hänvisar till att landstinget först ska behandla den psykiska eller somatiska sjukdomen och vice versa. Detta trots att tillgänglig forskning säger att behandling av missbruk eller beroende och andra samtidiga sjukdomstillstånd bör ske samtidigt.

Genom att samla behandlingsansvaret hos landstinget minskar risken för att personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom faller mellan de två huvudmännens ansvar. Vidare underlättas den samtidiga behandling av de olika tillstånden som bör ske enligt gällande evidens. Samtidigt ställer emellertid den föreslagna lösningen krav på landstinget att effektivt samordna olika specialiserade verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Mer kunskapsbaserad vård

Det är enligt utredningens bedömning angeläget att utveckla en vård som bygger på kunskap om olika insatsers effekt och effektivitet. Den svenska missbruks- och beroendevården har anklagats för att vara ideologiserad i den mening att de insatser som ges inte alltid vilar på evidens eller att vissa evidensbaserade insatser av värderingsmässiga skäl inte ingår i vårdutbudet. Utredningens analys styrker att det finns ett behov av att göra missbruks- och beroendevården mer kunskapsbaserad.

Olika verksamheter arbetar kunskapsbaserat i olika grad. Inom hälso- och sjukvården finns en tradition att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Till exempel sker inom hälso- och sjukvårdens område regelbundna forskningsöversikter för att bedöma olika insatsers evidens. Inom flera medicinska områden finns också kvalitetsregister med information om diagnos, insatser och vårdresultat. Inom socialtjänsten finns inte motsvarande tradition av och system för kunskapsbaserat arbete. Staten har dock under senare år aktivt verkat för en mer kunskapsbaserad praktik inom socialtjänsten.

Genom att samla ansvaret för behandling hos landstinget är det möjligt att dra nytta av den starkare traditionen att arbeta kunskapsbaserat som finns inom hälso- och sjukvården jämfört med vad som hittills varit fallet inom socialtjänsten. Samtidigt är det angeläget att främja utvecklingen av en mer kunskapsbaserad praktik inom socialtjänsten när det gäller målgruppsanpassat psykosocialt stöd och andra sociala stödinsatser för personer med missbruk eller beroende.

Bättre behandling inom kriminalvården och tvångsvården

Klienter inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM har ofta svårare än andra patient- och klientgrupper att få tillgång till adekvat medicinsk behandling vid missbruk och beroende. En viktig orsak till detta är att landstingets behandlingsansvar när det gäller missbruk och beroende är otydligt reglerat och att olika landsting som en konsekvens av detta har kommit att tolka ansvaret mycket olika. I praktiken har Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse tvingats bygga upp egna resurser för hälso- och sjukvård inklusive behandling av missbruk och beroende. Detta

utgör avsteg från den så kallade normaliseringsprincipen som säger att landstingen och kommunerna som huvudregel ska tillhandahålla vård och stöd till klienter inom kriminalvården och LVM.

Genom att samla ansvaret för behandling hos landstinget och tydliggöra att detta även ska omfatta klienter inom ramen för normaliseringsprincipen främjas en mer likvärdig tillgång på behandling.

3.5.4 Landstinget ska ansvara för behandling

Utredningen anser mot denna bakgrund att landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården bör ha ansvaret för behandling av personer med missbruk eller beroende.

Landstingets ansvar för behandling regleras i 4 § i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

Både läkemedelsbehandling och psykosocial behandling

För att insatser ska klassificeras som behandling ska de, enligt utredningens definition, representera systematiska och teoretiskt grundade metoder som används för att hjälpa människor att komma ifrån sitt missbruk eller beroende eller minska de negativa konsekvenserna av en fortgående användning av missbrukssubstanterna samt uppfylla de fyra ovan nämnda behandlingskriterierna.

Mer konkret avses med behandling dels läkemedelsbehandling och dels psykosocial behandling. Det finns såväl flera olika läkemedelsbehandlingar som flera olika psykosociala behandlingar med god evidens för olika missbruks- och beroendetillstånd. I dag ges behandling såväl inom primärvården och den specialiserade vården som inom socialtjänsten.

Förslaget att landstinget ska ha ett samlat ansvar för behandling innebär att behandling i framtiden endast ges inom hälso- och sjukvården. Organisatoriskt kan behandlingen ges inom såväl primärvården som den specialiserade vården. Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård förflyttas över tid och olika landsting har valt olika fördelningar av ansvaret för behandling av olika sjukdomstillstånd mellan primärvården och den specialiserade vården.

Det ska noteras att behandling, enligt utredningens definition, ges en avsevärt snävare innebörd än vad som inte sällan förekommer inom olika socialtjänsteverksamheter. I dag förekommer det att behandling används som benämning på alla individuellt prövade insatser som ges med stöd av SoL. Mycket av det som inom socialtjänsten benämner behandling klassificerar utredningen som psykosocialt stöd och stöd till boende, sysselsättning och försörjning. Samtidigt vill utredningen betona att behandling och psykosocialt stöd är likvärdiga insatser i den mening att båda förutsätter bedömningar av personal med specialistkompetens inom missbruksområdet. Ofta förutsätter också behandlings- och stödsatser varandra för att de ska ha bästa möjliga effekt. Det innebär att det samlade behandlingsansvaret hos landstinget endast påverkar en begränsad del av socialtjänstens totala verksamhet för personer med missbruk eller beroende.

Landstinget har redan i dag ett ansvar för läkemedelsbehandling. Det samlade behandlingsansvaret innebär sålunda i första hand att landstingens ansvar utökas till att även omfatta psykosocial behandling. Landstingen erbjuder dessutom redan i dag psykosocial behandling, dels i anslutning till läkemedelsbehandling och dels i form av särskilda behandlingsprogram. Den psykosociala behandling som överförs från kommunernas till landstingens ansvar är i första hand olika strukturerade psykosociala behandlingsprogram i öppen eller sluten vård för personer med missbruk eller beroende.

I detta sammanhang ska också noteras att landstinget redan i dag får anses ha ett samlat behandlingsansvar för vissa målgrupper, även om vård- och behandlingsutbudet är begränsat. Det gäller till exempel personer med missbruk eller beroende av läkemedel och dopningsmedel och personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk eller somatisk sjukdom. Det är i första hand ansvaret för behandling av personer med missbruk eller beroende av alkohol och i viss mån missbruk eller beroende av narkotika som utredningens förslag innebär en förändring jämfört med i dag rådande ordning.

När det gäller socialtjänsten är en konsekvens av att behandlingsansvaret samlas hos landstinget att de hem för vård eller boende (HVB) som bedriver behandling av personer med missbruk eller beroende (det vill säga inte huvudsakligen boende) överförs från kommunens till landstingets ansvarsområde. Vidare innebär det att ansvaret för strukturerade psykosociala behandlingsprogram i öppen vård i den mån kommunerna bedriver sådana, i första hand

blir ett ansvar för landstinget. Kommunen och socialtjänsten ska dock även i fortsättningen ha ett ansvar för bland annat rådgivning inklusive motivationsarbete och återfallsprevention.

Kort intervention

Kort intervention i form av kort rådgivning och liknanden insatser kan ofta ske integrerat med behandling, men också mer fristående. Enligt utredningens förslag ska både kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården ha ett ansvar för rådgivning inklusive tidig identifikation och kort intervention (jfr. kapitel 2).

Kommunen har ett särskilt ansvar för barn- och ungdomsvård

För barn och ungdomar har kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten ett särskilt ansvar. Kommunen ansvarar för barn- och ungdomsvården enligt SoL inklusive tvångsvården enligt LVU.

Mot bakgrund av att missbruk eller beroende ofta ingår som en del i en vidare social problematik för barn och unga ska utredningens förslag inte ses som någon förändring av kommunens ansvar. Exempelvis anser utredningen att det är angeläget att kommunen inom ramen för socialtjänsten bedriver familjecentraler som erbjuder stöd till barn och föräldrar i familjer med missbruksproblem, ungdomsmottagningar som erbjuder stöd till ungdomar med riskabel alkohol- och drogkonsumtion samt social fältverksamhet för att tidigt uppmärksamma och erbjuda stöd till unga med riskabel konsumtion.

När det gäller barn och ungdomar med missbruk eller beroende innebär utredningens förslag i första hand ett tydliggörande av att landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården, till exempel inom ramen för barn- och ungdomspsykiatri, ska tillhandahålla utredning, bedömning och behandling.

Klienter inom kriminalvården

För klienter inom kriminalvården innebär utredningens förslag att samla behandlingsansvaret hos landstinget i första hand ett tydliggörande av det ansvar landstinget redan i dag har för behandling av

olika sjukdomstillstånd, inom ramen för den så kallade normaliseringsprincipen.

Samtidigt vill utredningen, mot bakgrund av att en stor andel av klienterna inom kriminalvården har missbruksproblem, understryka vikten av att kriminalvården i högre grad än vad som är fallet i dag används som arena för vård och behandling. Det samlade behandlingsansvaret hos landstinget ska därför inte förstås som att kriminalvårdens ansvar minskar, utan i första hand som ett förtydligande av landstingets ansvar.

3.6 Psykosocialt stöd och annat stöd

Utredningens förslag: Kommunen ska i egenskap av huvudman för socialtjänsten ansvara för psykosocialt stöd och stöd till boende, sysselsättning och försörjning.

3.6.1 Tydligt ansvar i dag

Med psykosocialt stöd avser utredningen hela bredden av insatser som syftar till att stabilisera och vidmakthålla en persons livssituation när han eller hon har ett missbruk eller beroende av alkohol eller andra droger. Det kan röra sig om insatser av mer generell karaktär, till exempel kontaktperson, personligt ombud, försörjningsstöd, stöd till boende, stöd i eget boende, och daglig verksamhet. Psykosocialt stöd omfattar även insatser som är av mer specialiserad karaktär för att svara mot målgruppens behov, till exempel insatser som avser att stärka självkänslan, underlätta social samvaro och kamratstöd och som inte sällan har ett återfallspreventivt syfte. Vidare ingår arbetsrehabiliterande insatser, mer generell social träning samt sociala åtgärder som främst syftar till att reducera skaderiskerna av ett fortgående missbruk. I många fall kan psykosocialt stöd och andra sociala insatser vara en förutsättning för att behandling ska vara möjlig att genomföra med avsedd effekt.

Psykosocialt stöd och stöd till boende, sysselsättning och försörjning är i dag en tydlig uppgift för kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten i enlighet med SoL, men olika kommuner har i mycket olika grad utvecklat specifika kunskapsbaserade insatser för den aktuella målgruppen. I linje med ansvaret

enligt SoL bedriver kommunerna det stora flertalet av de stödenheter som enligt aktuella kartläggningar i dag finns för personer med missbruk eller beroende.

3.6.2 Bristande samordning av stöd och behandling

Den bristande samordningen mellan landstingets och kommunens insatser för personer med missbruk eller beroende har uppmärksammats under lång tid. Inte minst gäller denna brist samordningen av stöd- och behandlingsinsatser. Flera behandlingsprogram bygger på kombinationer av behandlings- och stödinsatser. Det gäller till exempel program för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.

Utredningen har när det gäller den bristande samordningen bland annat noterat att landstinget ibland inte kan inleda behandling på grund av kommunen inte tillhandahåller det stöd som är nödvändigt för att genomföra behandlingen. Det finns också en risk för att behandlingens effekt reduceras eller uteblir på grund av att den inte kombineras med eller följs upp med nödvändiga stödinsatser.

Staten har som ovan noterats under lång tid vidtagit olika åtgärder för att komma till rätta med detta samordningsproblem, bland annat statliga bidrag för att utveckla samverkan, förstärkt tillsyn och vissa ändringar i lagstiftningen för att möjliggöra samverkan mellan kommun och landsting. Likväl kvarstår problemet, även om det också finns exempel på väl fungerande samverkan.

Genom att normalisera ansvarsfördelningen mellan kommunen och landstinget för personer med missbruk eller beroende underlättas enligt utredningens uppfattning samordningen av behandlings- och stödinsatser.

3.6.3 Kommunen ska ansvara för stöd

Utredningen anser att kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten ska ha ansvaret för psykosocialt stöd och stöd till boende, sysselsättning och försörjning.

Kommunens ansvar för stöd regleras i 5 § i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

Den ideala lösningen på samordningsproblemet vore att samla ansvaret för både behandling och stöd hos en och samma huvudman. Utredningen ser dock inga skäl för att stöd för personer med missbruk eller beroende ska hanteras i en annan ordning än den som gäller för andra personer. Vidare anser utredningen med hänvisning till fördelarna med att normalisera ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting att den bästa lösningen i praktiken är att landstinget ska ansvara för behandling och kommunen för stöd.

I detta sammanhang ska också noteras att utredningens förslag om individuell plan, samarbetsavtal mellan landsting och kommun samt förstärkt vårdgaranti samtliga syftar till att förbättra samverkan mellan landstingets behandlingsinsatser och kommunens stödinsatser.

Vidare vill utredningens framhålla vikten av att det utöver generella sociala stödinsatser utvecklas ett bredare och mer jämlikt utbud av kunskapsbaserade, målgruppspecifika psykosociala stödinsatser för olika grupper av personer med missbruk eller beroende (jfr kapitel 5).

3.7 Utredning, bedömning, planering, uppföljning

Utredningens förslag: Kommunen och landstinget ska var för sig ha ett ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning.

Om en person behöver insatser inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen ha övergripande ansvar för att upprätta en individuell plan om inte kommunen och landstinget kommer överens om annat eller den enskilde har andra önskemål.

3.7.1 Parallellt ansvar

Med utredning avses att kartlägga önskemål och behov hos en person med identifierade alkohol- eller drogproblem. Med bedömning avses att beskriva problemen i termer av diagnos och vårdbehov, väga samman bästa tillgängliga åtgärder med den enskildes önskemål, och formulera förslag till åtgärder. Med planering avses att tillsammans med den enskilde bestämma hur och när åtgärderna

ska genomföras. Med uppföljning avses att med utgångspunkt i planeringen löpande följa genomförandet och effekterna av olika insatser. I kapitel 25 redovisas mer utförliga definitioner av begreppen utredning, bedömning, planering och uppföljning.

I dag har kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården enligt SoL respektive HSL parallella ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning.

Utredning och bedömning sker på i väsentliga avseenden olika sätt inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Inom socialtjänsten syftar bedömning till att klargöra om en klient har rätt till bistånd. Den sker normalt inom ramen för socialtjänstens myndighetsutövning och beslut fattas direkt av eller på delegation av en politisk nämnd. Syftet med bestämmelserna om bistånd är att tillförsäkra den enskilde stöd och hjälp när sådana insatser är nödvändiga för att klara försörjning eller livsföring i övrigt. Vissa rådgivande insatser kan ges utan biståndsbedömning, så kallad service.

Inom hälso- och sjukvården syftar utredning och bedömning till att beskriva den enskildes behov i form av sjukdomsdiagnoser, funktionsnedsättningar och vårdbehov och besluta om lämplig åtgärd. För utredning och bedömning inklusive beslut om åtgärd ansvarar hälso- och sjukvårdspersonalen. Flertalet bedömningar och insatser förutsätter läkares medverkan.

Planering och uppföljning av beslutade insatser sker också parallellt. De kan dock ske på ett mer likartat sätt inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården jämfört med utredning och bedömning.

3.7.2 Svag samordning skapar problem

Dagens ordning med socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens parallella system för utredning, bedömning, utredning och planering enligt SoL och HSL är i många sammanhang naturlig. Det finns dock situationer där det parallella ansvaret blir ett problem.

Problem uppstår i första hand när insatser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården måste samordnas för att vara verkningfulla. Exempel på situationer när samordning måste till är när landstinget bedömt att en patient bör erbjudas behandling, till exempel psykoterapi, men kommunen inte ordnat med stöd, till exempel bostad, vilket gör det svårt eller omöjligt att genomföra

behandlingen, eller när socialtjänsten bedömt att en klient har behov av boendestöd men landstinget inte kan erbjuda nödvändig behandling, vilket gör det svårt eller omöjligt att skapa en fungerande boendesituation.

De grupper som är särskilt utsatta är givetvis de som normalt har långvariga behov av både behandlings- och stödinsatser, bland annat personer med missbruk eller beroende i kombination med påtaglig social problematik i form av exempelvis hemlöshet, arbetslöshet eller kriminalitet och personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk eller somatisk sjukdom.

I dessa fall är det viktigt att utredning, bedömning, planering och uppföljning sker samordnat.

3.7.3 Behovet av tvärprofessionell utredning

Missbruk och beroende är multifaktoriella tillstånd som kan orsakas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Insatsmässigt finns det såväl läkemedelsbehandling som psykosocial behandling med god evidens för olika missbruks- och beroendetillstånd. För att på bästa sätt hantera missbruk och beroende som komplexa problem är det sålunda avgörande att bedömningen vilar på en allsidig utredning som omfattar medicinska och psykosociala perspektiv. Detta tvärprofessionella perspektiv är också viktigt för att ge den enskilde möjlighet att påverka valet av insats, till exempel att välja mellan läkemedelsbehandling och psykosocial behandling.

Utredningens förslag att samla ansvaret för behandling hos landstinget innebär att hälso- och sjukvården måste förfoga över den kompetens som krävs för tvärprofessionell utredning. För landstingets del kommer detta att på vissa håll innebära ett behov av att förstärka den psykosociala kompetensen. Behovet av tvärprofessionell utredning är mindre inom socialtjänsten eftersom insatserna är avgränsade till psykosocialt stöd och andra sociala insatser.

Utredningen vill att bedömningen grundas på tvärprofessionell utredning. För personer i behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården är det viktigt att kommunen och landstinget samordnar sina utredningsinsatser.

3.7.4 Bedömning av två självständiga huvudmän

Utredningen har med Norge som förebild övervägt att föreslå att det ska inrättas en särskild funktion för tvärprofessionell bedömning av personer med missbruk eller beroende. Det är dock utredningens bedömning att en sådan lösning inte är möjlig att genomföra inom ramen för nuvarande lagstiftning. Även framgent ska sålunda hälso- och sjukvården och socialtjänsten göra självständiga bedömningar.

3.7.5 Kommunen ska ansvara för individuell plan

I syfte att förbättra samverkan kring personer som behöver hjälp från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har utredningen istället valt att vidareutveckla bestämmelserna om individuell plan.

I dag finns i SoL och HSL identiska bestämmelser om att upprätta individuell plan om en person har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Enligt bestämmelserna ska landstingen och kommunerna själva avgöra vilken huvudman som ska ha det övergripande ansvaret för att upprätta den individuella planen. Med denna ordning anser utredningen att det finns en risk för att ingen av huvudmännen tar ett tydligt ansvar för den individuella planen.

De personer som har behov av insatser från båda huvudmännen är sannolikt i många fall personer som har ett omfattande och långvarigt stödbehov, till exempel personer med missbruk eller beroende i kombination med svår social problematik eller barn och ungdomar i familjer med missbruksproblem eller med eget missbruk. Utredningen bedömer att detta endast utgör en mindre andel av det totala antalet personer med missbruks- och beroendeproblem, kanske 25 000 av de totalt 500 000 som har beroendeproblem.

Om stödinsatserna är dominerande är det rimligt att kommunen har övergripande ansvar för att planera vården och stödet. Principen att långvarig vård och omvårdnad i möjligaste mån bör bedrivas i den nära sociala miljön talar också för att kommunen har övergripande ansvar. I de fall behandlingsinsatserna dominerar och de olika sociala insatserna är mindre framträdande kan det vara motiverat att landstinget har det övergripande ansvaret för planen. Det är också rimligt att den enskildes önskemål beaktas.

Utredningen anser mot denna bakgrund att kommunen bör ha övergripande ansvar för att upprätta individuell plan, så länge kommunen och landstinget inte kommer överens om annat. Den enskildes önskemål om vilken huvudman som ska ha det övergripande ansvaret bör i detta sammanhang särskilt beaktas.

Arbetet med att upprätta en individuell plan inleds när en person som söker hjälp hos socialtjänsten bedöms vara i behov av behandling. Alternativt inleds arbetet med att upprätta en individuell plan genom att patient inom hälso- och sjukvården bedöms vara i behov av stöd.

Kommunens ansvar för individuell plan regleras i 7 § i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

3.8 Möjlighet till lokal och regional anpassning

Utredningens förslag: Landstinget kan träffa överenskommelse med en kommun eller ett annat landsting om att fullgöra vissa insatser inom missbruks- och beroendevården.

Kommunen kan träffa överenskommelse med annan kommun eller ett landsting om att fullgöra vissa insatser inom missbruks- och beroendevården.

Utredningen ser också flera skäl till att det ska finnas en möjlighet till lokal och regional anpassning av kommunernas och landstingens ansvar för insatserna för personer med riskbruk, missbruk eller beroende.

Det faktum att ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting i dag varierar i hög grad mellan olika delar i landet innebär att den föreslagna nya ansvarsfördelningen för de centrala delarna i vård- och stödprocessen för personer med missbruk eller beroende innebär olika stora förändringar för olika kommuner och landsting. Det finns därför behov av en möjlighet att successivt anpassa den rådande lokala och regionala ordningen till den nya ansvarsfördelningen som ska gälla för den framtida svenska missbruks- och beroendevården.

Variationerna i missbrukssituation och vårdbehov, utbudet av insatser, samt befolkningsmässiga och geografiska förutsättningar för vårdens bedrivande ställer vidare krav på en viss flexibilitet i

utformningen av missbruks- och beroendevården på lokal och regional nivå.

Det pågår också i många kommuner och landsting ett arbete med att utveckla missbruks- och beroendevården, bland annat inom ramen för det av staten finansierade och av SKL drivna nationella projektet *Kunskap till praktik*. Det är viktigt att ta tillvara de olika utvecklingsarbeten som pågår, vilket underlättas genom en flexibel övergång till den nya ordningen.

Kommunernas och landstingens möjlighet att överenskomma om avsteg från den normala ansvarsfördelningen regleras i 4 och 5 §§ i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

3.9 Samarbetsavtal

Utredningens förslag: Landstinget ska med kommunerna i landstingsområdet ingå ett avtal i fråga om insatser för personer som har problem med missbruk eller beroende eller riskabel konsumtion av alkohol och andra droger.

3.9.1 Behov av att reglera vissa förhållanden

I den föreslagna lagstiftningen regleras landstingens och kommunernas ansvar för centrala uppgifter inom missbruks- och beroendevården. Det finns dock ytterligare förhållanden som är viktiga att reglera, men som det inte är lämpligt att reglera i lagstiftning. Det utredningen har i åtanke är i första hand förhållanden som är viktiga för att samverka mellan landstinget och kommunerna ska fungera effektivt betraktat utifrån den enskildes behov av behandling och stöd.

Flera behandlingsprogram inkluderar både behandlingsinsatser från landstinget och stödinsatser från kommunen, till exempel program för läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO). Det är angeläget att kommuner och landsting sluter överenskommelser om hur denna typ av program och andra program som innehåller både behandlings- och stödinsatser lämpligen organiseras, och vilken huvudman som ska ansvara för vad.

Personer med missbruk eller beroende kan söka hjälp hos eller uppmärksammas i såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Det är därför viktigt att reglera hur klienter kan hänvisas från

socialtjänsten till hälso- och sjukvården för olika behandlingsinsatser och omvänt hur patienter kan hänvisas från hälso- och sjukvården till socialtjänsten för olika stödinsatser.

För personer som behöver insatser från både kommunen och landstinget är det också viktigt att kunna överföra information mellan landstinget för att underlätta utredning, planering och uppföljning av vården. Det är viktigt att reglera hur överföringen av information ska ske.

Det kan också finnas skäl för en eller flera kommuner och landsting att utveckla gemensamma verksamheter, till exempel i form av beroendecentrum, eller gemensam övergripande organisation, till exempel i form av eller kommunalförbund eller gemensam nämnd för missbruks- och beroendevård.

3.9.2 Landstinget ska ingå samarbetsavtal med kommunerna

Utredningen bedömer mot denna bakgrund att landstingen ska ingå samarbetsavtal med kommunerna i landstingsområdet i fråga om insatser för personer som har problem med missbruk eller beroende eller riskabel konsumtion av alkohol och andra droger. Skälet till att skyldigheten att upprätta avtal ska vara ett ansvar för landstinget är att landstinget har möjlighet att samordna avtalsprocesserna och avtalens innehåll med de olika kommunerna i landstingsområdet.

Avtalet bör, i linje med ovanstående avsnitt, reglera huvudmännens ansvar mer i detalj, bland annat när det gäller hänvisning av patienter och klienter och överföring av information mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Genom avtalen ska huvudmännen också kunna reglera eventuella lokala och regionala avvikelser från den grundläggande ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. Den huvudman som enligt lagstiftningen har ansvaret för en viss uppgift i vård- och stödprocessen kan dock inta avtala bort ansvaret för uppgiften, utan endast utförandet. Den enskildes rätt gäller sålunda ytterst i relation till den huvudman som har det formella ansvaret enligt lagstiftningen.

I detta sammanhang ska det noteras att HSL och SoL ger landsting och kommuner möjlighet att överföra vissa uppgifter mellan huvudmännen. Det finns även andra möjligheter för landsting och kommuner att samordna insatserna inom missbruks-

och beroendevården, till exempel genom att inrätta en gemensam nämnd eller bilda ett kommunalförbund.

Samarbetsavtalet ska sålunda ses som en skyldighet utöver de olika möjligheter till samverkan och överlåtelse av uppgifter som lagstiftningen i övrigt ger. Avtalet ska inte heller innebära någon begränsning av kommunernas och landstingens andra möjligheter till samverkan.

Landstingets skyldighet att ingå samarbetsavtal regleras i 8 § i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

3.10 Sekretess i vården

3.10.1 Gällande regler

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400; OSL) ersatte 1980 års sekretesslag den 30 juni 2009. Bestämmelserna om sekretess till skydd för enskild i verksamhet som avser hälso- och sjukvård finns i 25 kap. OSL. Motsvarande bestämmelser om sekretess till skydd för enskild inom socialtjänst m.m. finns i 26 kap OSL.

Bestämmelserna i OSL gäller enbart den offentligt drivna vården. För hälso- och sjukvård i privat regi finnas bestämmelser om tystnadsplikt numera i patientsäkerhetslagen (2010:659). Denna lag har den 1 januari 2011 ersatt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS), som hade motsvarande bestämmelser. För yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet inom socialtjänsten gäller bestämmelser om tystnadsplikt i socialtjänstlagen (2001:453; SoL).

Regeln i OSL om sjukvårdssekretess säger att sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § OSL).

Regeln om socialtjänstsekretess säger på motsvarande sätt att sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (26 kap. 1 § OSL).

Statens institutionsstyrelse omfattas som myndighet av socialtjänstsekretessen, medan privat driva institutioner är bundna av den tystnadsplikt som föreskrivs i 15 kap. 1 § SoL. Enligt denna

bestämmelse får den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven verksamhet som avser insatser enligt SoL inte obehörigen röja vad han eller hon därvid har fått veta om enskilds personliga förhållanden.

Från dessa sekretessregler gäller emellertid som en generell regel att den enskilde själv alltid kan medge att uppgifter om honom eller henne lämnas ut. Regeln finns i 12 kap. 1 § OSL som lyder ”En enskild kan helt eller delvis häva sekretess som gäller till skydd för honom eller henne, om inte annat anges i denna lag.” Vi kan här bortse från de undantag som regeln antyder.

3.10.2 Sekretessbrytande regler

Enligt 10 kap. 2 § OSL hindrar sekretess inte att en uppgift lämnas till en enskild eller till en annan myndighet, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet. Här kan nämnas att bestämmelsen inte anses ge polisen rätt att bryta sekretessen genom att underrätta socialtjänsten om att en person misstänks för rattfylleri eller om att någon har omhändertagits enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.

En annan sekretessbrytande bestämmelse av central betydelse finns i 10 kap. 28 § första stycket OSL. Enligt denna hindrar inte sekretess att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldigheten följer av lag eller förordning.

Både från hälso- och sjukvårdssekretessen och socialtjänstsekretessen finns vissa sekretessbrytande bestämmelser. I 25 kap 12 § OSL sägs att sekretessen inte hindrar att en uppgift om en enskild eller närstående till denna lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,
2. fortgående missbrukar alkohol, narkotika, eller flyktiga lösningsmedel, eller
3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

I 26 kap. 9 § OSL finns en likalydande sekretessbrytande bestämmelse för uppgift som lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården.

När dessa sekretessbrytande regler ursprungligen kom till i 1980 års sekretesslag anförde regeringen (prop. 1990/91:111 s. 40) såvitt nu är av intresse: För att en person ska anses som missbrukare enligt paragrafen ska det vara fråga om ett fortgående missbruk. Härigenom markeras att det måste röra sig om ett mera allvarligt missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga läsningsmedel.

I propositionens allmänna motivering sägs att med begreppet fortgående missbruk avses att missbruket är allvarligt och såvitt avser alkohol har en viss varaktighet. För den närmare innebörden hänvisas till propositionen 1987/88:147 om tvångsvård av vuxna missbrukare. Samtidigt poängteras att missbruket inte ska behöva vara så allvarligt att uppgifterna får lämnas endast då samtliga förutsättningar för tvångsvård är uppfyllda.

I författningskommentaren sägs vidare: Bestämmelsen medger att sekretessbelagda uppgifter lämnas endast till en annan vårdmyndighet. Syftet med bestämmelsen är att vårdmyndigheterna inte ska vara förhindrade att utbyta uppgifter med varandra för att bistå en enskild som är i behov av vård, behandling eller annat stöd. Det ska alltså vara fråga om att vårdmyndigheterna behöver samverka med varandra eller annars lämna varandra information för vård, behandling eller annat stöd. Bestämmelsen kan i och för sig tillämpas även om en missbrukare motsätter sig allt slags bistånd från vårdmyndigheterna.

Beträffande uppgiftslämnande till skydd för ett ofött barn är det främst uppgifter om den blivande modern som ska kunna lämnas ut. Undantaget från sekretess kan även här gälla uppgifter om närstående till henne om det behövs för att skydda ett ofött barn.

I förarbetena till lagstiftningen betonas att detta undantag från sekretess bör användas med urskiljning och varsamhet. Endast i de situationer där det framstår som direkt påkallat att bistå en enskild eller ett väntat barn bör undantaget utnyttjas. En förutsättning bör normalt vara att den berörda personen kan antas direkt motsätta sig att uppgifter lämnas eller att saken brådskar så att det inte finns tid att inhämta samtycke. I första hand bör därför ett samtycke utverkas (prop. 1990/91:111 s. 41).

En annan sekretessbrytande regel finns i 43 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Enligt denna ska det från en

verksamhet där sekretess gäller enligt 25 kap. 1-5 §§ eller 26 kap. 1 § OSL utan hinder av sekretessen lämnas ut sådana uppgifter om en patient som behövs för att chefsöverläkarens åligganden enligt LPT ska kunna fullgöras. Detsamma gäller uppgifter om en patient som behövs för en sakkunnigs uppdrag eller ett yttrande av Socialstyrelsen. En motsvarande bestämmelse finns i 14 § lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning. Och i 24 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård sägs att bl.a. 43 § LPT tillämpas även vid rättspsykiatrisk vård. Däremot finns det ingen liknande sekretessbrytande bestämmelse i fängelselagen ((2010:610) som den 1 april 2011 ersätter lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt eller den fängelseförordning (2010:2010) som ansluter till fängelselagen.

3.10.3 Den inre sekretessen inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten

Enligt 8 kap. 2 § OSL gäller sekretess också mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra. När det gäller hälso- och sjukvårdsverksamheter som bedrivs inom samma myndighet finns det dock inte någon sekretessgräns.

Vidare gäller enligt 25 kap. 13 § OSL att om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut, så hindrar hälso- och sjukvårdssekretessen inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten eller till en enskild vårdgivare eller en enskild verksamhet på socialtjänstens område. Om sekretessbrytande regler inom socialtjänsten till skydd och stöd åt barn och ungdom se avsnitt 2.8.5.

I övrigt innebär sekretessreglerna att det krävs samtycke av den enskilde för att en uppgift om honom eller henne ska kunna lämnas ut till andra grenar inom hälso- och sjukvården eller till socialtjänsten eller till privat driven verksamhet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

3.10.4 Dokumentation och journalföring

Handläggning inom socialtjänsten av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska enligt 11 kap. 5 § SoL dokumenteras. Däremot finns det ingen skyldighet att dokumentera rådgivning, t.ex. alkoholrådgivning och familjerådgivning. Inte heller finns det några bestämmelser som säkerställer en likvärdig dokumentation inom socialtjänsten.

Annorlunda förhåller det sig med journalföringen inom hälso- och sjukvården. Enligt patientdatalagen (2008:355) ska det föras patientjournal vid vård av patienter. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Något undantag görs inte för t.ex. rådgivning eller psykosocial behandling. Reglerna gäller inte bara för hälso- och sjukvård som bedrivs av kommuner och landsting utan också av såväl statliga myndigheter, t.ex. Kriminalvården, som privata vårdgivare.

3.10.5 Överväganden

Allmänt

Utredningens bedömning: De förslag till en förbättrad och samordnad missbruks- och beroendevård som utredningen lämnar bör inte föranleda några ändringar i de allmänna bestämmelserna om hälsovårds- och socialtjänstsekretessen. Inte heller finns det skäl att ändra de sekretessbrytande bestämmelser som nu finns för personer med missbruksproblem.

Utredningens förslag till lag om missbruks- och beroendevård bygger helt på frivillig medverkan från den enskildes sida. Huvudregeln när det gäller skyddet för uppgifter om hälsotillstånd och personliga förhållanden är att det är den enskilde själv som bestämmer vad och till vem sådana uppgifter får lämnas. Det är också en viktig utgångspunkt inom all nutida vård och omsorg att alla insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne (3 kap. 5 § SoL). För hälso- och sjukvårdens del gäller bestämmelsen i 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

När det gäller barn och unga finns en sekretessbrytande regel som innebär att uppgift kan lämnas också utan den enskildes medgivande. Utan att gå närmare in på bakgrunden till denna bestämmelse kan konstateras att lagstiftaren av omsorg om den unge valt att göra undantag från kravet på medgivande. Motsvarande sekretessbrytande bestämmelse när det gäller vuxna människor med ett "fortgående missbruk av alkohol, narkotika och flyktiga lösningsmedel" är inte lika lätt att förklara men har givetvis ett samband med tvångsvården enligt LVM. Det är dock enligt prop. 1990/91:111 (s. 14) en klar gradskillnad mellan de fall när uppgifter avseende en missbrukare ska kunna lämnas mellan olika vårdmyndigheter enligt förslaget och de fall när tvångsvård kan komma i fråga.

Den sekretessbrytande bestämmelsen när det gäller människor med missbruk rimmar kanske mindre väl med en nutida vårdideologi. Men den gäller bara vårdmyndigheter emellan och inte i förhållande till privata vårdgivare. Det är inte ovanligt att man inom vården hänvisar till sekretessbestämmelserna när åtgärder eller brist på åtgärder ifrågasätts. Det är då viktigt att slå fast att huvudregeln om att alla uppgifter ska lämnas efter medgivande av den enskilde själv är en förutsättning för i princip allt stöd och all vård av den enskilde. Har man inte ett sådant medgivande, är det inte bara mot alla vårdprinciper utan ofta också kontraproduktivt att lämna ut uppgifterna. Men denna regel får givetvis inte tas som en ursäkt för att inte handla alls.

När det gäller den framtida utformningen av missbruks- och beroendevården finns det ingen anledning att föreslå några nya allmänna bestämmelser på sekretessområdet. De regler som gäller nu bör stå fast.

Inte heller finns det tillräckliga skäl att föreslå att den särskilda sekretessbrytande regel som nu finns beträffande personer med missbruksproblem ska upphävas eller ändras. I tveksamma fall när missbruket är så allvarligt att det kan vara svårt att utröna den enskildes egen vilja kan det måhända i undantagsfall vara befogat att lämna ut uppgifter till annan vårdmyndighet utan att det föreligger skäl att ingripa enligt lagstiftningen om vård utan samtycke. Regeln bör emellertid språkligt anpassas till den terminologi som utredningen i övrigt föreslår för missbruks- och beroendevården.

Uppföljning

Utredningens förslag: En sekretessbrytande bestämmelse ska införas om att från en verksamhet där sekretess gäller enligt 25 kap. 1–5 §§ eller 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska det utan hinder av sekretessen lämnas ut sådana uppgifter om en patient som behövs för att ett ärende ska kunna följas upp som rör stöd, vård eller behandling åt patienten inom missbruks- eller beroendevården.

Uppföljning är ett viktigt inslag i den lagstiftning som utredningen överväger. Frågan om möjligheterna att göra en uppföljning av åtgärder som har vidtagits i ett ärende om stöd eller vård åt någon med missbruksproblem har inte diskuterats när de sekretessbrytande bestämmelserna i 25 kap. 12 § respektive 26 kap. 9 § OSL infördes. Alla bestämmelser på sekretessens område måste tolkas snävt, och någon möjlighet att tolka in en sådan uppföljning i de nuvarande sekretessbrytande bestämmelserna torde därför inte vara möjlig.

Här kan nämnas att Barnskyddsutredningen i sitt betänkande Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU), SOU 2009:68, föreslagit en sekretessbrytande bestämmelse som innebär att sekretess i fråga om beslut att inleda eller inte inleda utredning med anledning av en anmälan till socialnämnden om att vidta åtgärder beträffande ett barn eller en ung person inte ska gälla i förhållande till den som gjort anmälan.

Missbruksutredningen anser att det bör vara möjligt att utan hinder av sekretess göra nödvändiga uppföljningar inom missbruks- och beroendevården. Detta skulle underlätta det samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten som utredningen ser som en viktig beståndsdel i arbetet på en förbättrad missbruks- och beroendevård. En sådan regel om uppföljning ska inte avse detaljfrågor utan göra det möjligt att bedöma resultatet av samlade åtgärder för den enskilde inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Barn och ungdom

Utredningens bedömning: De sekretessbrytande regler som finns till skydd och stöd åt barn och ungdom är tillräckliga.

En fråga som kan ställas är om de sekretessbrytande bestämmelserna i 25 kap 12 § och

26 kap. 9 § OSL är tillräckliga när det gäller barn eller unga som far illa på grund av egna missbruksproblem. En annan är om dessa bestämmelser är tillräckliga när det gäller t.ex. hälso- och sjukvårdens möjligheter att varsko socialnämnden om att ett barn eller en ung person kan behöva stöd därför att föräldrarna eller någon av dessa har missbruksproblem. Samma fråga kan man ställa sig om missbruksfrågor hanteras av en nämnd inom socialtjänsten, medan en annan nämnd har ansvaret för vård och stöd till barn och unga. Det mesta talar dock för att bestämmelserna är tillräckliga. Sekretessen hindrar ju inte att uppgift om en enskild eller en närstående lämnas om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne inte har fyllt arton år.

Dessutom föreskrivs i 14 kap. 1 § SoL att myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom bland annat hälso- och sjukvården och socialtjänsten är skyldiga att anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd.

Den inre sekretessen

Utredningens bedömning: De regler som nu finns om inre sekretess är tillräckliga för missbruks- och beroendevården.

När det gäller den inre sekretessen inom hälso- och sjukvården föreskriver 4 kap. 1 § patientdatalagen att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Paragrafen omfattar både manuellt och elektroniskt förda journaler och annan dokumentation om patienter. Bestämmelsen har generell räckvidd och avser således inte bara att hindra att

personal av nyfikenhet tar del av sjukjournaler (det s.k. Blommanfallet) utan den har generell räckvidd och omfattar all personal oavsett var den tjänstgör och oavsett för vilka syften uppgifterna behövs.

Det mesta talar för att bestämmelsen är både lämplig och tillräcklig i de fall man behöver samarbeta med andra inom hälso- och sjukvården om en person med missbruksproblem.

Enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen avses med hälso- och sjukvårdspersonal den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården. Frågan har ställts om den legitimerades bundenhet vid hälso- och sjukvårdssekretessen när han eller hon inom hälso- och sjukvården har uppgifter som inte direkt är av behandlande karaktär. Har någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen fått tillgång till uppgifter om en enskild person i sitt arbete, får vederbörande dock anses bunden av tystnadsplikt även om han eller hon inte haft behandlande uppgifter.

Privata utförare

Utredningens förslag: Kommuner och landsting ska i sina avtal med privat vårdgivare ta in

1. sekretessbestämmelser som så mycket som möjligt överensstämmer med de regler som gäller inom den offentligt drivna vården, och
2. bestämmelser som säkrar samma meddelarfrihet som nu gäller beträffande myndigheter enligt 1 kap. 2 § yttrandefrihetsgrundlagen.

Under senare år har vi både inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten fått allt fler privata utförare. Det mesta tyder också på att denna utveckling kommer att fortsätta. Det blir då allt mer angeläget att landstingen och kommunerna i sina avtal med de privata vårdgivarna tar in sekretessbestämmelser som så mycket som möjligt överensstämmer med de regler som gäller inom den offentligt drivna vården.

Som har uppmärksammats flera gånger i riksdagen (se bl.a. protokoll 2007/08:95 s 10 ff.) gäller den s.k. meddelarfriheten i 1 kap. 2 § yttrandefrihetsgrundlagen bara gentemot det allmänna. Det betyder att inget hindrar att de som är anställda i en offentligt

finansierad privat verksamhet inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården förbjuds att lämna uppgifter om t.ex. verksamhetens innehåll och former till medierna. Den insyn och det skydd som meddelarfriheten garanterar när det gäller i princip all offentligt driven verksamhet kan därför försvinna om kommunen eller landstinget överlåter driften av en viss verksamhet på en privat utförare. Även här finns det anledning för kommuner och landsting att i sina avtal med privata utförare säkra att meddelarfrihet får gälla inom den överlåtna verksamheten.

3.11 Ny lag om missbruks- och beroendevård

Utredningens förslag: En ny lag om missbruks- och beroendevård (LBM) ska införas som en komplettering till huvudbestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). LMB ska rikta sig till huvudmännen för både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och tydliggöra ansvaret för olika insatser och samverkan inom missbruks- och beroendevården.

Hänvisning till den nya lagen ska göras i bland annat SoL och HSL.

Utredningens bedömning: Både SoL och HSL är oavsett den nu föreslagna lagstiftningen i behov av en grundläggande översyn.

Kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården har nu ett delat ansvar för missbruks- och beroendevården. Utredningen har i det föregående föreslagit att ansvaret för missbruks- och beroendevården även i fortsättningen ska delas mellan landstingen och kommunerna men att det ska förtydligas vilken av huvudmännen som har ansvaret för olika insatser.

Socialtjänsten har i SoL ett visst uttalat särskilt ansvar för människor med missbruksproblem. Det förebyggande ansvaret enligt 3 kap. 7 § SoL innebär bland annat att socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Det finns emellertid i SoL bara en enda paragraf som behandlar missbruksvården särskilt. Det är 5 kap. 9 § som föreskriver att socialnämnden aktivt ska sörja för att

den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden ska i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. Begreppet missbruk är inte definierat i SoL.

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), som reglerar förutsättningarna för vård och behandling oberoende av samtycke inom socialtjänsten, är däremot en detaljerad lag med drygt 50 paragrafer. Den berör ändå bara någon enstaka procent av dem som behöver vård eller stöd för sitt missbruk eller beroende. Vidare innehåller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) en rad bestämmelser om tvångsvård av den som är under 20 år och som utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas bland annat genom missbruk av beroendeframkallande medel.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) har inga bestämmelser som riktar sig särskilt till missbruks och beroendevården. Det har inte heller lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) trots att mer än hälften av dem som tas in för vård enligt lagen har missbruksproblem.

Om det delade huvudmannskapet ska behållas men ansvaret göras tydligare i lagstiftningen, kan detta ske antingen genom kompletteringar av SoL och HSL eller genom att det införs en särskild lag.

Mycket talar för att tiden är mogen för en särskild lag om missbruks- och beroendevården. Den främsta anledningen till det är att de olika bestämmelser som utredningen vill föreslå i stor utsträckning vänder sig samtidigt till de båda huvudmännen. Missbruks- och beroendevården skiljer sig med detta från vad som vanligen gäller inom andra vårdområden. Genom en enhetlig reglering kan en sådan särskild lag ge en samlad bild som tydliggör de åtgärder som huvudmännen har ansvar för.

De båda huvudlagarna på socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens områden har också en struktur som gör det mindre lämpligt att föra in mera detaljerade bestämmelser för ett särskilt vårdområde. Detta gäller i synnerhet HSL, men även SoL har nu en utformning som gör det mindre lämpligt att föra in nya, mer detaljerade bestämmelser för ett specifikt vårdområde.

En sammanhållen lag för hela missbruks- och beroendevården ger också fokus på ett i många avseenden eftersatt vårdområde, och det blir enklare att tydliggöra den vårdkedja som är nödvändig för

den förstärkta missbruks- och beroendevård som utredningen föreslår än om tilläggsbestämmelser infördes särskilt i både SoL och HSL. Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är ett exempel på en tidigare stiftad lag som vänder sig till båda huvudmännen samtidigt och ger bestämmelser som kompletterar huvudlagarna SoL och HSL.

En särskild lag gör det också möjligt att ställa den enskildes behov i centrum, vilket är svårare med den konstruktion SoL och HSL nu har. I sin nuvarande utformning vänder sig SoL i allt väsentligt till kommunen, medan HSL i allt väsentligt vänder sig till landstinget. Enligt utredningens mening finns det behov av en rad kompletterande bestämmelser på området. Dessa ska som nämnts lägga fast ansvaret för olika insatser inom missbruks- och beroendevården. Härutöver finns det behov av ytterligare bestämmelser som enligt utredningens mening är av särskild vikt för en förstärkt missbruks- och beroendevård. Hit hör en enhetlig definition av de former av missbruk och beroende som vården ska möta, regler om vårdens tillgänglighet och om förstärkt vårdgaranti, regler om kvalitet och kompetens och om den enskildes rätt till bemötande inom vården. Alla dessa nya bestämmelser kan heller inte utan vidare fogas in i den nuvarande lagstrukturen utan skulle där få formen av kompletterande tillägg till lagstiftningen, vilket skulle försvåra läsningen av lagarna.

I diskussionen om utformningen av de båda huvudlagarna på socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens område har man ofta pekat på att SoL har karaktär av rättighetslag (för den enskilde) och HSL karaktär av pliktlag (för landstingen) och att detta skulle försvåra tillkomsten av en lagstiftning som vänder sig till båda huvudmännen samtidigt. Utredningen anser att vikten av dessa karaktärsdrag inte ska överdrivas. Det är för det mesta fråga om en konstlad motsättning. I SoL finns förvisso bestämmelser som innebär en skyldighet för kommunen som huvudman för socialtjänsten, och i HSL finns inslag av rättigheter för den enskilde, även om det där inte finns någon direkt klagorätt. LSS är för övrigt ett exempel på att huvudlagarnas olika karaktärer inte hindrat en kompletterande lag som gäller båda huvudmännen.

Utredningen föreslår således att det ska införas en ny lag på området, benämnd lag om missbruks- och beroendevård (LMB).

LMB ska ses som en kompletterande lag till SoL och HSL, en pluslag om man så vill. De grundläggande bestämmelserna i SoL och HSL för socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården när

det gäller exempelvis helhetssyn och en vård på lika villkor och om respekten för människornas självbestämmanderätt och integritet ska givetvis också i fortsättningen gälla för missbruks- och beroendevården. I både SoL och HSL bör det göras hänvisningar till den nya lagen. Detsamma gäller i tvångslagarna LVM, LPT och LVU.

Både SoL och HSL är enligt utredningens mening alldeles oavsett den nu aktuella lagstiftningsfrågan förtjänta av en genomgripande översyn. Den nuvarande strukturen på SoL och HSL vilar ju på ståndpunktstaganden som ligger mer än 30 år tillbaka i tiden. Bägge lagarna gavs då ramlagskaraktär. Under de gångna åren har behovet av att komplettera lagarna med mer detaljerade bestämmelser ständigt ökat. Många av de ursprungliga bestämmelserna har upphört att gälla, och desto fler nya har tillkommit. För att göra regelverken tydligare behöver både SoL och HSL struktureras om. Sannolikt kommer vi i framtiden att få se en mer funktionsindeldad lagstiftning.

Behovet av en tydlig lagstiftning på missbruks- och beroendevårdens område kan inte vänta på en sådan översyn.

4 Stärkt ställning för individen

4.1 Tillgänglighet, bemötande och inflytande

Utredningens bedömning: Individens ställning inom missbruks- och beroendevården bör stärkas i olika avseenden.

Den enskildes ställning inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är i vissa situationer alltför svag. Det finns flera orsaker till detta, bland annat otillfredsställande tillgänglighet till insatser, otillräcklig information om till exempel valmöjligheter och bristfällig samordning och kontinuitet i vårdens planering och genomförande. Under senare år har det vidtagits flera åtgärder för att stärka individens ställning, bland annat har det införts en skyldighet för landstingen att erbjuda en vårdgaranti samt förstärkta krav på information om väntetider, valmöjligheter och innehållet i vårdgarantin och krav på att inom ramen för den enskildes samtycke upprätta individuell plan inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Utredningen har dock tvingats konstatera att dessa åtgärder, även om de bidragit till att stärka den enskildes ställning inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården generellt, hittills endast i begränsad utsträckning kommit personer med missbruk eller beroende till del. Konsekvensen är att personer med missbruk eller beroende i praktiken har en svagare ställning än andra klient- och patientgrupper, bland annat i form av sämre tillgänglighet och bemötande samt mindre möjligheter att påverka vårdens planering och genomförande.

Det finns flera orsaker till detta. En orsak är att det inom delar av socialtjänsten och hälso- och sjukvården lever kvar ett moraliserade förhållningssätt till missbruk och beroende. Tillstånden tenderar att betraktas som självförvållade och deras lösning som en fråga om att genom uppfostran förstärka karaktären hos den

enskilde. Detta innebär ett sämre bemötande för personer med missbruk eller beroende. En annan orsak är att behandlingsansvaret för missbruk och beroende, till skillnad från flertalet andra behandlingsbara tillstånd, är delat mellan kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Det delade ansvaret drabbar den enskilde i olika avseenden, bland annat genom att den enskilde hänvisas mellan olika huvudmän utan att någon huvudman tar ett tydligt behandlingsansvar och i värsta fall nekas den enskilde helt tillgång till behandling. Exempelvis finns det flera landsting som anser att behandling av missbruk och beroende är ett ansvar för socialtjänsten, vilket innebär att personer med missbruk eller beroende i dessa landsting i praktiken utestängs från den nationella vårdgarantin. Tillgängligheten till vård, behandling och stöd varierar också mycket mellan olika landsting och kommuner. De olika problemen som bidrar till att försvaga den enskildes ställning har belagts i utredningens olika kartläggningar och analyser, regionala hearingar med verksamhetsansvariga, professionella och brukare samt besök vid verksamheter inom missbruks- och beroendevården i olika delar av landet.

Det är utredningens uppfattning att särskilda åtgärder är påkallade för att stärka individens ställning inom missbruks- och beroendevården, bland annat en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende samt krav på bra bemötande och brukarinflytande.

4.2 Förstärkt vårdgaranti

Utredningens förslag: Det ska införas en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende.

Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta i landstinget och som behöver planerad, specialiserad vård på grund av sitt missbruk eller beroende en förstärkt vårdgaranti. Den förstärkta vårdgarantin innebär en skyldighet att tvärprofessionellt utreda och inleda behandling inom senast 30 dagar från den dag en patient söker specialiserad vård för missbruks- eller beroendeproblem eller en patients behov av specialiserad vård på grund av missbruk eller beroende på annat sätt uppmärksammas inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Akuta behov av specialiserad vård ska tillgodoses genast.

Om landstinget inte inom 30 dagar eller annan längre tidsfrist som överenskommit med den enskilde inleder beslutad behandling har den enskilde rätt att få denna utförd av någon annan. Landstinget är då skyldigt att ersätta skäligena kostnader för utförda insatser.

Kommunen ska erbjuda dem som vistas inom kommunen och som behöver psykosociala insatser på grund av sitt missbruk eller beroende en garanti för att en individuell plan ska upprättas inom senast 30 dagar från den dag en klient söker psykosocialt stöd eller att behov av stöd uppmärksammas på annat sätt inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

Utredningen anser att tillgängligheten till behandling och psykosocialt stöd måste förbättras för personer med missbruk eller beroende. Den tidsmässiga samordningen av landstingets behandlingsinsatser och kommunernas stödinsatser måste också förbättras. Detta är nödvändigt för att förbättra insatsernas verkan när det gäller att hjälpa den enskilde att komma ifrån missbruket eller beroendet eller att skadorna av ett fortgående missbruk ska minska. Detta är också nödvändigt för att minska samhällets kostnader för missbruk i form av bland annat ohälsa, arbetsoförmåga och kriminalitet.

Den förstärkta vårdgarantin regleras i 9 § i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

4.2.1 Motivation en framgångsfaktor

Motivation är en avgörande förutsättning för att vård-, behandlings- och stödinsatser ska leda till att en person kommer ifrån sitt missbruk eller beroende eller för att minska de hälsomässiga och sociala skadorna av ett fortsatt missbruk. Kännetecknande för missbruk och beroende är att den enskildes motivation för att ta itu med problemen ofta är begränsad. Inte sällan söker en person med missbruk eller beroende vård som ett resultat av ett motivationsarbete, vilket ibland kan ha pågått under betydande tid. Motivationen tenderar också att vara starkast vid den tidpunkt som den enskilde söker hjälp och att variera över tid. För att vård och behandling ska vara framgångsrik är det därför viktigt att erbjuda hjälp snabbt när en person med missbruk eller beroende söker kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Motiva-

tionsarbetet måste också fortsätta under behandlingen. Annars är risken stor att motivationen avtar och att förutsättningarna för behandling försämras och ytterst att personen i behov av hjälp återfaller i missbruk eller beroende samt i allvarigare fall till kriminalitet och utanförskap. Eftersom återfall är vanliga vid missbruk och beroende, är det viktigt att tillgängligheten är god vid såväl förstagångskontakter som senare kontakter i samband med återfall.

4.2.2 Tidiga insatser mer effektiva

Mycket tyder på att tidiga insatser, innan en person med missbruk och beroende allvarligt skadat sin hälsa eller sociala situation, har bättre förutsättningar att lyckas. Detta beror på att ett varaktigt missbruk och utvecklat beroende kan ha medfört skador som tar lång tid att läka eller har blivit av kronisk natur. Detta beror också på att ett varaktigt missbruk eller utvecklat beroende ibland leder till social problematik, till exempel i form av kriminalitet eller hemlöshet, eller till samsjuklighet med psykisk eller somatisk sjukdom, som försvårar en framgångsrik behandling av missbruket eller beroendet. Det är sålunda viktigt att erbjuda hjälp tidigt. Inte minst gäller detta ungdomar och unga vuxna. Barns och andra närståendes situation kan påverkas av missbruk och beroende innan hälsomässiga skador eller för omgivningen märkbara sociala problem uppstått.

Tidiga insatser kan också vara kostnadseffektiva. Samhällets kostnader för missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel uppgår i dag enligt utredningens beräkningar till cirka 150 miljarder kronor, varav en stor andel orsakas av arbetsförmåga och kriminalitet. Vård, behandling och stöd kan förhindra att missbruk och beroende leder till ohälsa, utslagning från arbetsmarknaden, utveckling av en kriminell livsstil och andra negativa konsekvenser, och därigenom minska samhällets kostnader för missbruk. Den största samhällsekonomiska besparingen uppnås om insatserna sätts in tidigt, det vill säga innan missbruket eller beroendet orsakat allvarigare hälsomässiga skador och sociala problem.

Att missbruks- och beroendevården är tillgänglig är sålunda av avgörande betydelse för att ta till vara den enskildes motivation och möjliggöra tidiga insatser innan missbruket eller beroendet orsakat

allvarligare hälsomässiga skador och sociala problem och därigenom för att lägga grunden till effektiva vård-, behandlings- och stödinsatser som hjälper den enskilde att komma ifrån ett missbruk eller beroende och minska samhällets kostnader för missbruk.

4.2.3 Bristande tillgänglighet

Utredningens analys visar att tillgängligheten till missbruks- och beroendevård är otillräcklig i stora delar av landet. I vissa kommuner och landsting saknas ett grundläggande utbud av behandlingsinsatser som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. I andra kommuner och landsting finns ett grundläggande utbud, men tillgängligheten är begränsad med långa väntetider och ibland utebliven behandling som följd.

Ett exempel inom hälso- och sjukvårdens område är läkemedelsbehandling av olika beroendetillstånd. För personer med alkoholberoende finns formellt möjlighet till läkemedelsbehandling i hela landet, men tillgängligheten till läkemedelsbehandling varierar mycket mellan olika landsting. För personer med opiatberoende varierar såväl den geografiska tillgängligheten som väntetiderna till läkemedelsbehandling mycket och i vissa landsting är situationen oacceptabel. Ett exempel inom socialtjänstens område är att användningen av slutenvård i form av hem för vård eller boende (HVB) varierar mycket mellan olika kommuner. I vissa kommuner är väntetiderna till HVB mycket långa.

Generellt gäller att kommuner och landsting med större befolkningsunderlag har ett bredare utbud av olika behandlingsinsatser, men en sämre tidsmässig tillgänglighet till behandling jämfört med kommuner och landsting med mindre befolkningsunderlag. För att en person med missbruk eller beroende ska erbjudas hjälp medan han eller hon är motiverad att ta itu med missbruksproblemet räcker det sålunda inte med att kommuner och landsting har ett brett utbud av insatser som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet, utan insatserna måste också vara tillgängliga såväl geografiskt som inom rimlig tid.

Den bristande tillgängligheten till missbruks- och beroendevård framgår också av att vården, enligt utredningens beräkningar, endast når en mindre del av målgruppen, cirka en av fem personer med missbruk eller beroende. En orsak till detta är att tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser i många kommuner och

landsting är bristfällig, både när det gäller bredd på utbudet och väntetider. En annan orsak är att vården är organiserad på ett sådant sätt att personer i behov av hjälp för att ta itu med ett missbruksproblem undviker att söka kontakt med missbruks- och beroendevården. Aktuell forskning visar att åtta av tio personer med missbruk eller beroende helst söker hjälp inom hälso- och sjukvården. Detta brukarperspektiv står i konflikt med den traditionella svenska ordningen enligt vilken missbruks- och beroendevården är organiserad med socialtjänsten som bas. I de landstingsområden i vilka landstinget frivilligt har tagit ett större ansvar för behandling av missbruk och beroende ställs också i relativa tal fler missbruks- och beroendediagnoser. Det kan ses som en indikation på att vården når fler. För att missbruks- och beroendevården ska nå sin målgrupp är det sålunda inte tillräckligt att huvudmännen erbjuder insatser inom rimlig tid, utan vården måste också innehållsligt och organisatoriskt utformas på ett sådant sätt att den är attraktiv för fler.

4.2.4 Bättre samordning av behandling och stöd

Utredningens analys har visat att en allvarlig brist med nuvarande delade och delvis otydliga ansvar mellan kommunen och landstinget för missbruks- och beroendevården är att samordningen av olika behandlingsinsatser respektive mellan behandlings- och stödinsatser inte är tillfredställande. Se kapitel 25 och 26 för en mer utförlig analys av samordningsproblemen.

Det delade behandlingsansvaret mellan kommun och landsting försvårar samordning av läkemedelsbehandling och psykosocial behandling för personer med missbruk eller beroende. Personer med samsjuklighet är särskilt drabbade. Det förekommer att landstinget nekar behandling av den psykiska sjukdomen med hänvisning till att kommunen först måste behandla missbruket eller beroendet och omvänt att kommunen nekar behandling av missbruket eller beroendet med hänvisning till att landstinget först måste behandla den psykiska sjukdomen. Det förekommer också att landstinget inte kan inleda planerad behandling på grund av att kommunen inte tillhandahåller den psykosociala stöd och de andra psykosociala insatser som är nödvändiga för att kunna genomföra behandlingen. Det är till exempel svårt för personer som saknar bostad att delta i behandling.

Detta illustrerar vikten av att inte endast förbättra tillgängligheten till insatser utan också förbättra den tidsmässiga samordningen av landstingens behandlingsinsatser och kommunens stödinsatser.

4.2.5 Nuvarande lagstiftning och vårdgarantier

SoL och HSL innehåller inte bestämmelser med bestämda tidsgränser som reglerar tillgängligheten till insats. Statens ambitioner när det gäller förbättrad tillgänglighet till insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården inom rimlig tid har i hög grad skett genom annan styrning än lagar och författningar. Ofta har den huvudsakliga styrkomponenten varit avtal eller överenskommelser och villkor för statsbidrag till landstingen.

Hälso- och sjukvården

I HSL sägs att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Vidare finns en allmän prioriteringsregel som kompletteras med den av riksdagen beslutade prioriteringsordningen för hälso- och sjukvården. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Kraven på god kvalitet innebär bland annat att vården ska vara lätt tillgänglig.

Den 1 juli 2010 infördes bestämmelser om vårdgaranti i HSL. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården, besöka läkare inom primärvården, besöka den specialiserade vården samt erhålla planerad vård.

Tidsgränserna i garantin regleras dock inte i HSL, utan i förordning (2010:349) om vårdgaranti. De tidsgränser som föreskrivs i 2 § nämnda förordning är de samma som gällde i 2005 års frivilliga överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Kontakt med primärvården ska erbjudas samma dag som patienten söker hjälp och besök hos läkare i primärvården ska erbjudas inom sju dagar. Besök inom den planerade, specialiserade vården ska erbjudas inom 90 dagar efter beslut om remiss, eller om remiss inte är nödvändig från det att den enskilde sökt kontakt med den specialiserade vården, och behand-

ling ska inledas inom 90 dagar efter att vårdgivaren beslutat om att erbjuda behandling.

Överenskommelsen mellan regeringen och SKL om villkoren för den så kallade kömiljarden för 2011 innehåller mål om att landstingen ska erbjuda vård snabbare än tidsgränserna i 2005 års vårdgaranti. Målet för den planerade, specialiserade vården generellt är att specialistbesök ska ske inom 60 dagar och beslutad behandling ska inledas inom 60 dagar.

Vidare innehåller överenskommelsen en fortsatt särskild satsning på 2009 års förstärkta vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa. Kontakt med första linjens sjukvård (primärvård, barnhälsovård, etc.) ska ske samma dag som patienten söker hjälp och besök inom sju dagar. Besök hos specialist för bedömning ska erbjudas inom högst 30 dagar efter beslut om remiss och därefter ska fördjupad utredning eller beslutad behandling ske inom senast 30 dagar.

Socialtjänsten

I 11 kap 1 § SoL sägs att socialtjänsten utan dröjsmål ska inleda utredning. Det finns inte någon lagstadgad vårdgaranti motsvarande den inom hälso- och sjukvården. Däremot ska kommunen enligt 16 kap 6 a § SoL åläggas att betala en särskild avgift om den inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd som någon är berättigad till enligt beslut av socialnämnd eller domstol.

Även inom socialtjänstens område har det vidtagits åtgärder för att förbättra tillgängligheten, bland annat genom att stimulera kommunerna att frivilligt införa garantier motsvarande dem inom hälso- och sjukvården. Staten avsatte 2006 och 2007 en del av statsbidraget för missbruksvård i syfte att uppmuntra kommuner att införa sådana frivilliga lokala behandlingsgarantier för personer med missbruk eller beroende inom socialtjänsten. I motiven för bidragen bedömdes det som rimligt att socialtjänsten skulle erbjuda ett första samtal inom tre till fyra dagar och upprätta individuell vårdplan inom fyra veckor. Få kommuner har frivilligt valt att införa behandlingsgarantier inom socialtjänsten.

4.2.6 Vårdgarantiernas effekter

Uppföljningarna av de olika vårdgarantier och andra statliga insatser för att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården visar att insatserna i regel har haft en positiv effekt, men att effekten ofta har varit kortvarig. Det faktum att bestämmelser om vårdgaranti nyligen infördes i HSL ska ses som en följd av att de tidigare frivilliga vårdgarantierna inte bidragit till en långsiktig lösning på problemet med bristande tillgänglighet till hälso- och sjukvården.

Samtidigt som vårdgarantier kan bidra till att förbättra tillgängligheten till vården ska det noteras att vårdgarantier även kan ha negativa effekter samt utmana den grundläggande principen i HSL om prioritering utifrån behov. Vårdgarantier kan innebära att patienter måste köa sig till insatser flera gånger, istället för att insatserna planeras, samordnas och genomförs på ett förutsägbart sätt. Detta kan också leda till att vissa patientgrupper missgynnas jämfört med andra. Till exempel finns en risk att personer med tillstånd som kräver kontinuerlig, långvarig eller ofta upprepad tillgång till vård missgynnas. Inte minst finns denna risk om de ekonomiska incitament som ofta har kopplats till vårdgarantier innebär att resurser allokteras till verksamhetsgrenar som behandlar tillstånd som snabbt kan åtgärdas med förutsebart och varaktigt resultat, till exempel gråstarrsoperationer och vissa ortopediska ingrepp. Omvänt riskerar verksamhetsgrenar som inte hanterar tillstånd som kan behandlas lika standardiserat och med samma förutsägbarhet när det gäller resultat att underprioriteras. Missbruk och beroende tillhör i första hand den senare kategorin av tillstånd.

Kunskapen är i dag begränsad om de eventuella negativa effekter på den inom hälso- och sjukvården grundläggande principen om prioritering utifrån behov som kan följa av vårdgarantier. En nyligen genomförd utvärdering av den nationella vårdgarantin visar att läkare upplever en spänning mellan vårdgarantin och den grundläggande principen om prioritering utifrån behov. När det gäller olika verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvården kan det också konstateras att resurstillskotten under den senaste tioårsperioden till bland annat den psykiatriska vården och primärvården sällan eller aldrig har motsvarat resurstillskotten till de operativa och diagnostiserande specialiteterna.

En annan problematisk aspekt av vårdgarantier är att sjukvårdshuvudmannen inte lämnar några garantier för att den vårdsökande ska erbjudas en viss behandling eller annan insats. Det är fort-

farande den medicinska bedömningen som är avgörande, och denna bedömning är sannolikt delvis beroende av vilka behandlingsmöjligheter som den aktuella huvudmannen eller verksamheten förfogar över. Exempelvis visar aktuella kartläggningar att det ställs fler missbruks- och beroendediagnoser i landsting med specialiserade beroendeverksamheter än i landsting i vilka behandlingen av missbruk och beroende är integrerad i den allmänpsykiatriska vården. För att en vårdgaranti ska säkerställa tillgång på kunskapsbaserad vård för alla är sålunda en förutsättning att samtliga landsting förfogar över ett grundläggande utbud av de behandlingsalternativ som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet för alla förekommande sjukdomstillstånd. Detta är inte fallet, vilket inte minst är tydligt inom missbruks- och beroendevården, som uppvisar stora variationer i innehåll mellan olika delar av landet.

4.2.7 Förstärkt vårdgaranti

Utredningen anser, efter att ha beaktat de olika fördelarna och nackdelarna med vårdgarantier, att det bör införas en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende, vilken anger inom vilka tidsgränser landstinget och kommunen har en skyldighet att inleda behandling respektive upprätta individuell plan. De positiva intrycken från de lagfästa vårdgarantierna för personer med missbruk eller beroende i Danmark och Norge utgör också en viktig inspirationskälla.

Skäl för en förstärkt vårdgaranti

Det finns flera skäl för en förstärkt vårdgaranti. Obehandlat missbruk och beroende kan ha mycket allvarliga konsekvenser för den enskildes hälsa i form av sjukdom och för tidig död och sociala situation i form av arbetsoförmåga, kriminalitet, hemlöshet och annan social problematik. Allvarligheten och behovet av behandling understryks också av att det sedan länge finns särskild lagstiftning, LVM, som ger samhället möjlighet att ingripa för att vårda personer med missbruk eller beroende utan samtycke. För att minimera och helst undvika användningen av vård utan samtycke är det viktigt att vård erbjuds snabbt.

Motivationen att ta itu med missbruk- och beroendeproblem tenderar också att vara flyktig varför behandling måste erbjudas snabbt för att ta tillvara motivationen. Den nationella vårdgarantin har inte heller kommit personer med missbruk eller beroende till del i samma utsträckning som andra patientgrupper varför det krävs särskilda insatser för att förbättra tillgängligheten till vård för den aktuella målgruppen.

Utredningen har tvingats konstatera att personer med missbruk eller beroende inte har en lika självklar plats som många andra patientgrupper inom hälso- och sjukvården. Många brukarorganisationer och enskilda brukare har till utredningen vittnat om att personer med missbruk eller beroende inte prioriteras i vården och i vissa fall helt nekas tillgång till behandling med hänvisning till att behandling av missbruk och beroende anses vara ett ansvar för socialtjänsten. Denna bild har bekräftats i utredningens kontakter med företrädare för allmänpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, vilka har vittnat om att vissa sjukvårdshuvudmän och vårdenheter anser att de inte har ett ansvar för behandling av missbruk och beroende, bland annat med hänvisning till att detta är ett ansvar för socialtjänsten.

Detta innebär att den nationella vårdgarantin i praktiken inte omfattar personer med missbruk eller beroende. Inte heller den förstärkta vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa omfattar i praktiken barn och unga med missbruksproblem. Detta eftersom barn- och ungdomspsykiatri och andra verksamheter inom hälso- och sjukvården med ansvar för att utreda och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga vanligen anser att behandling av missbruk och beroende är ett ansvar för socialtjänsten.

Personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom är en särskilt utsatt grupp. Dessa personer kan nekas behandling av den psykiska sjukdomen inom hälso- och sjukvården med hänvisning till missbruket eller beroendet, och behandling av missbruket eller beroende inom socialtjänsten med hänvisning till den psykiska sjukdomen. Vissa sjukvårdshuvudmän har infört regler som säger att de endast behandlar personer med missbruk eller beroende om det föreligger samsjuklighet med allvarlig psykisk sjukdom. I dag är det klarlagt att beroende är en sjukdom som omfattas av de internationella diagnosystemen. Men alltjämt kvarstår problemen med den oklara ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting när det gäller behandling.

Med en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende aktualiseras frågan om det är rimligt att prioritera en patient- eller klientgrupp framför andra patient- och klientgrupper.

Det är utredningens generella hållning att den etiska plattform som ligger till grund för riksdagens prioriteringsbeslut och som framhåller människovärdes-, behovs- och kostnadseffektivitetsprinciperna bör värnas. Utredningen ser en förstärkt vårdgaranti vid missbruks- och beroendetillstånd främst som ett medel att synliggöra behoven hos en grupp personer i samhället som hittills påtagligt underprioriterats i vården i relation till den gängse prioriteringsordningen. Förslaget om en förstärkt vårdgaranti ska därför inte ses som ett avsteg från prioriteringsordningen, utan snarare som en särskild insats för att komma till rätta med ett särskilt missförhållande. Detta missförhållande kan förklaras av att det sedan SoL och HSL trädde ikraft i början av 1980-talet har funnits betydande oklarheter om missbruk eller beroende ska betraktas som sjukdomstillstånd och om vilket ansvar kommunen respektive landstinget ska ha för behandling av missbruk och beroende.

I HSL sägs att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Efter bedömning ska vård prioriteras utifrån behov. Riksdagen har fastställt en prioriteringsordning med fyra grupper av tillstånd indelade utifrån behov. Personer med missbruk eller beroende tillhör inte explicit någon grupp. Istället är missbrukets och beroendets svårighetsgrad avgörande för prioriteringen. Den enskilde har inte någon rätt till hälso- och sjukvård i den mening att insatserna är juridiskt framtvingbara.

I SoL sägs att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning och livsföring i övrigt. Den enskilde har en uttrycklig rätt till insats som ytterst är juridiskt framtvingbar genom prövning i domstol. I SoL finns särskilda bestämmelser om olika målgrupper, bland annat om barn och unga samt personer med missbruk eller beroende. För dessa målgrupper finns även tvångsvårdslagstiftning som kompletterar SoL, det vill säga LVU och LVM.

I den lagstiftning som reglerar hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns sålunda redan i dag såväl principer för prioritering mellan olika målgrupper som bestämmelser om särskilda målgrupper.

Den förstärkta vårdgarantin ska ses som en åtgärd för att förbättra tillgängligheten till planerad, specialiserad vård och psykosocialt stöd för personer med missbruk eller beroende i syfte att förhindra eller minska hälsomässiga och sociala skador av missbruk eller beroende. Den ska även ses som en åtgärd för att förbättra den tidsmässiga samordningen av landstingets behandlingsinsatser och kommunens stödinsatser, i syfte att skapa förutsättningar för effektiv behandling av missbruk och beroende.

Vidare är målsättningen att förbättra tillgängligheten för den majoritet av personer med missbruks- och beroendeproblem som i dag inte kommer i kontakt med missbruks- och beroendevården. Volymmässigt kommer vårdgarantin främst att beröra vuxna personer med mer varaktigt missbruk och beroende, exempelvis för att snabbt erbjuda behandling när den enskilde söker hjälp för problemen eller vid återfall i missbruk. Men det är särskilt viktigt att genom vårdgarantin tillgängliggöra insatser för att förhindra att ungdomar och unga vuxna med missbruk, eller som nyligen har utvecklat ett beroende av alkohol eller andra droger, skadar sin hälsa eller sociala situation.

Kopplingen mellan den förstärkta och den nationella vårdgarantin

Utredningen anser att landstinget ska erbjuda dem som är bosatta i landstinget och som behöver planerad, specialiserad vård på grund av sitt missbruk eller beroende en förstärkt vårdgaranti.

Den förstärkta vårdgarantin innebär en skyldighet för landstinget att tvärprofessionellt utreda och inleda behandling inom senast 30 dagar från den dag en person söker specialiserad vård för missbruks- eller beroendeproblem eller att en persons behov av specialiserad vård på grund av missbruk eller beroende på annat sätt uppmärksammas inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Akuta behov av specialiserad vård ska tillgodoses genast.

Den förstärkta vårdgarantin ska gälla utöver den nationella vårdgarantin inom hälso- och sjukvården på ett liknande sätt som den förstärkta vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa.

För insatser inom primärvården mot missbruk och beroende gäller den generella vårdgarantins tillgänglighets- och besöksgaranti. Enligt nuvarande tidsgränser innebär det att personer med missbruk eller beroende i likhet med andra patientgrupper ska

erbjudas hjälp av primärvården samma dag som vården kontaktas och vid behovska kontakt med läkare ske inom sju dagar. Detta gäller såväl hjälp för missbruk och beroende som vid andra sjukdomstillstånd. Utredningens förslag att tydliggöra landstingens (och kommunernas) ansvar för tidig upptäckt och kort intervention innebär i denna del att tillgängligheten till missbruks- och beroendevård förbättras för den stora grupp personer med riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol för vilken till exempel kort rådgivning enbart eller i kombination med läkemedelsbehandling inom primärvården utgör tillräckliga insatser.

När det gäller planerad, specialiserad vård ersätter den förstärkta vårdgarantin den nationella vårdgarantin vid behandling av missbruk eller beroende (se särskilt avsnitt om målgruppen nedan). För behandling av andra psykiska och somatiska sjukdomar gäller den nationella garantin.

Behandling ska inledas inom 30 dagar

Den förstärkta vårdgarantin stipulerar att behandling inom planerad, specialiserad vård ska inledas inom 30 dagar. Det innebär att den förstärkta vårdgarantin när det gäller regleringen av väntetider avviker från den nationella vårdgarantin genom att endast reglera tiden till behandlingens inledande. Den nationella vårdgarantin reglerar tillgängligheten till planerad, specialiserad vård i två led, först till besök och sedan till behandling. Den förstärkta vårdgarantin avviker också från lösningen i Norge där patienten har rätt till tvärprofessionell utredning och bedömning inom 30 dagar, medan tidpunkten för att inleda behandling bestäms individuellt från fall till fall. Däremot överensstämmer förslaget till förstärkt vårdgaranti konstruktionsmässigt med behandlingsgarantierna för narkotika och alkohol i Danmark vilka reglerar att behandling ska inledas inom 14 dagar från att den enskilde sökt hjälp.

Med behandling avser utredningen i detta sammanhang i första hand olika former av strukturerade behandlingsprogram, till exempel LARO-program för personer med opiatberoende eller psykosociala behandlingsprogram i öppen eller sluten vård för personer med missbruk eller beroende. I de fall det av medicinska skäl inte är möjligt att inleda strukturerade behandlingsprogram inom 30 dagar, kan vårdgarantins krav uppfyllas genom att annan behandling inleds och att det upprättas en vårdplan med tidsatta insatser fram

till och med att det strukturerade behandlingsprogrammet inleds. Detta gäller även om patienten önskar en viss utförare av behandlingen som har längre väntetid än 30 dagar. I de fall den tvärprofessionella utredningen resulterar i en bedömning att det är lämpligt med en kombination av insatser, till exempel läkemedelsbehandling i kombination med psykosocial behandling, krävs att båda insatserna kommer till stånd inom 30 dagar för att vårdgarantins krav ska anses vara uppfyllda. För att främja en nationellt enhetlig tillämpning ser utredningen gärna att kriterier för när behandlingen ska anses vara inledd bör utarbetas inom en nationell arbetsgrupp med representanter för staten genom Socialstyrelsen och landstingen genom SKL samt i nära samråd med brukarörelsen.

Med specialiserad vård avser utredningen i detta sammanhang vård som kräver specialistkompetens om missbruk eller beroende. Den specialiserade vården är inte möjlig att entydigt avgränsa organisatoriskt eftersom olika sjukvårdshuvudmän har valt att organisera vården på olika sätt. I flertalet landsting kan en naturlig gräns dras mellan specialiserad vård respektive primärvård. Men det finns också landsting som har valt att integrera den specialiserade vården av missbruk och beroende i primärvården. Vidare kräver olika missbruks- och beroendetillstånd olika slags specialiserad vård. Flertalet missbruks- och beroendetillstånd behandlas lämpligen inom en särskilt organiserad beroendevård eller när sådan saknas inom allmänpsykiatri. Men behandling av exempelvis personer med missbruk eller beroende av läkemedel eller dopningsmedel ställer ofta krav på även annan kompetens, bland annat i endokrinologi och farmakologi.

De huvudsakliga skäl utredningen ser för att endast reglera när behandling senast ska inledas är att behandling är den viktigaste insatsen. Vidare anser utredningen att besök, utredning och bedömning är förutsättningar för att inleda behandling, och sålunda är aktiviteter som den ansvariga huvudmannen likväl måste organisera inom tidsgränsen på 30 dagar. Att som i Norge endast reglera inom vilken tid utredning och bedömning ska ske är en betydande svaghet. De två leden i den nationella vårdgarantin i Sverige – besök respektive behandling – har bidragit till att skapa en osäkerhet om när landstinget ska ha anses uppfyllt vårdgarantins krav. Såväl utifrån den enskildes som lagstiftarens perspektiv är sålunda den enklaste lösningen att endast reglera tiden till behandling.

I internationell jämförelse framstår också tidsgränserna i den nationella vårdgarantin i Sverige som relativt långa. Den föreslagna kortare tidsgränsen i den förstärkta vårdgarantin är mer i linje med de tidsgränser som gäller i andra länder. I Danmark ska behandling erbjudas personer med missbruksproblem inom 14 dagar efter att den enskilde sökt vård. I Norge ska utredningen och bedömning ske inom 30 dagar varefter väntetiden för behandling bestäms individuellt. Förslaget om att behandling ska inledas inom 30 dagar är sålunda något mindre krävande än vårdgarantin i Danmark och något mer krävande än den i Norge.

De 30 dagarna avser kalenderdagar (inte arbetsdagar som i Norge). När det gäller beräkning av tiden är det också viktigt att notera att patienter kan komma i kontakt med den specialiserade vården på olika sätt. De kan remitteras från primärvården. De kan också i vissa fall söka direkt till specialistmottagningar på sjukhusen, i de fall remiss inte krävs. De kan också uppmärksammas inom andra delar av hälso- och sjukvården eller inom socialtjänsten.

Den förstärkta vårdgarantin ska aktiveras när remiss inkommit till den specialiserade vården från primärvården, när patient sökt direkt hos den specialiserade vården, eller när socialtjänsten kontaktat den specialiserade vården för att upprätta individuell plan.

Akuta behov ska tillgodoses genast

Akuta behov av specialiserad vård för missbruk eller beroende ska tillgodoses genast. Det innebär att specialiserad vård ska erbjudas genast i situationer som är livshotande eller om den enskildes hälsa eller sociala situation riskerar att allvarligt försämrats av att vänta på behandling, även om den förstärkta vårdgarantins tidsgränser skulle vara uppfyllda.

Sömlös övergång från akutvård och vård utan samtycke

För att ta tillvara den enskildes motivation och för att gjorda insatser ska vara verkningsfulla är det viktigt att akuta insatser sömlöst (utan avbrott) övergår i planerad, specialiserad vård. Exempelvis är risken stor att en person återfaller i missbruk om abstinensvård inte efterföljs av behandling.

Patienter som vårdas utan samtycke, i dag enligt LVM respektive LPT, ska inte behöva köa in på nytt för efterföljande behandling, utan övergången från vård utan samtycke till frivillig behandling i specialiserad vård bör bilda en sammanhängande vårdkedja.

Kravet på sömlöshet bör gälla för patienter inom den frivilliga vården som vårdas akut för missbruks- eller beroendetillstånd.

Detta innebär i de fall tiden i akutvård eller vård utan samtycke är kort, vilket normalt sett bör vara fallet, att behandling ska inledas inom en kortare tid än 30 dagar.

Krav på tvärprofessionell utredning

Utredningen anser vidare att behandlingen inom den specialiserade vården ska vila på tvärprofessionell utredning. Detta är en parallell till den ordning som gäller i Norge. Missbruk och beroende är multifaktoriella sjukdomstillstånd som kan orsakas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Insatsmässigt finns det såväl läkemedelsbehandling, psykologisk behandling som psykosocial behandling med god evidens. För att på bästa sätt hantera missbruk och beroende som komplexa problem och skapa möjligheter för den enskilde att påverka valet av behandling är det sålunda avgörande att bedömningen vilar på en utredning som omfattar medicinska, psykologiska och psykosociala perspektiv. Därtill innebär kravet på tvärprofessionell utredning att det samlade behandlingsansvaret hos landstinget även ställer krav på att missbruks- och beroendevården har personal med såväl medicinsk som psykologisk och psykosocial kompetens.

När det gäller patienter med komplexa problem är tvärprofessionell utredning av särskilt stor vikt. Det kan exempelvis vara när det finns misstanke om samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och allvarligare psykisk sjukdom, till exempel neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, vilken behöver utredas innan behandlingen kan planeras och inledas. Ett annat exempel kan vara när personer med missbruk eller beroende på grund av språksvårigheter, syn- eller hörselnedsättning eller kognitiva funktionsnedsättningar behöver ett anpassat omhändertagande. Ytterligare ett exempel kan vara när missbruket eller beroendet har allvarliga sociala konsekvenser, vilka behöver uppmärksammas och hanteras för att behandling ska kunna genomföras på ett effektivt sätt.

Olika förhållanden kan göra det svårt att slutföra tvärprofessionell utredning innan behandlingen ska inledas inom 30 dagar. Viss diagnostisk och neuropsykologisk utredning är tidskrävande eller förutsätter att individen inte ägnat sig åt substansbruk under en viss tidsrymd. Även förhållanden som har med individens möjligheter att fullfölja utredning och planering måste tas i beaktande. En hemlös person har i regel stora svårigheter att infinna sig på i förhand uppgjorda tider för utredning. Det ankommer på vårdgivaren att se till att den enskilde har möjlighet att fullfölja planerad utredning.

I de fall tvärprofessionell utredning av missbruket eller beroendet inte kan slutföras innan behandlingen ska inledas inom 30 dagar, till exempel när det föreligger behov av fördjupad utredning, bör utredning och planering drivas så långt det är medicinskt möjligt inom tidsfristen till att behandlingen ska inledas. Fortsatt utredning och nya bedömningar av behandlingsbehovet bör sedan ske parallellt med behandlingen. Exempelvis är det viktigt att snarast inleda behandling av abstinensstillstånd för att underlätta fortsatt utredning.

Rätt att välja utförare

Om landstinget inte inom 30 dagar eller annan längre tidsfrist som överenskommit med den enskilde inleder en behandling enligt den förstärkta vårdgarantin, ska patienten kunna välja att få behandlingen utförd av något annat landsting eller någon privat vårdgivare som är auktoriserad och har avtal med något landsting i Sverige. Landstinget är då skyldigt att hjälpa den enskilde att finna lämpliga alternativa utförare och att ersätta skäligena kostnader för utförda insatser.

När det gäller behandling som utförs av andra landsting eller privata (i framtiden enligt utredningens förslag auktoriserade), utförare som har avtal med andra landsting bör kostnaderna kunna hanteras via landstingens riksavtal för utomlänssjukvård. När det gäller ersättningar till privata vårdgivare måste dessa hanteras genom att landstinget sluter avtal med vårdgivarna ifråga. Så snart förslaget om auktorisering genomförts bör auktoriseringen vara ett krav för att ingå leveransavtal. Socialstyrelsen bör efter samråd med SKL och som ett stöd till huvudmännen definiera skäligena kostnader för olika behandlingar.

Liknande valfrihetssystem finns kopplade såväl till den nationella vårdgarantin som till vårdgarantier i andra länder. Enligt den nationella vårdgarantin har landstinget en skyldighet att erbjuda behandling hos annan vårdgivare om landstinget inte uppfyller vårdgarantins krav. I Danmark ger behandlingsgarantin för narkotikaproblem den enskilde rätt att fritt välja utförare av beslutad behandling i hela landet. Det bedömda behovet av insats är vägledande för vilka behandlingsalternativ och utförare som kan vara aktuella.

Valfrihetssystem är ett sätt att försöka förbättra tillgängligheten även för patienter som är bosatta i landsting som har svårt att uppfylla den nationella vårdgarantins krav. Därtill kan valfrihetssystem i sig ha en motiverande effekt genom att de kan öka patientens inflytande över vårdens planering och genomförande när det gäller valet av utförare. Valfrihetssystemet bör även kunna utgöra ett incitament för de huvudmän som i dag inte förfogar över ett behandlingsutbud med önskvärd bredd att bygga upp ett sådant.

Individuell plan ska upprättas inom 30 dagar

Enligt HSL och SoL ska landstinget eller kommunen upprätta en individuell plan för personer som är i behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningen har föreslagit att kommunen ska ha det övergripande ansvaret för att upprätta den individuella planen, om inte de två huvudmännen överenskommer om annat.

Utredningen anser att kommunen ska erbjuda dem som vistas inom kommunen och som behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten på grund av sitt missbruk eller beroende en garanti för att en individuell plan upprättas inom senast 30 dagar från den dag en klient söker hjälp hos eller på annat sätt uppmärksammas inom socialtjänsten. Detta förutsätter att utredning inleds snarast och att ett första besök sker inom några få dagar.

Den föreslagna tidsgränsen är i linje med vad som gäller för vårdgarantier i andra länder och vad utredningen föreslagit ska gälla för den planerade, specialiserade vården. Såväl den föreslagna tidsgränsen som fokuseringen på individuell plan är också i linje med villkoren för de statliga bidrag som utgick 2006 och 2007 för att

uppmuntra kommuner att införa frivilliga vårdgarantier för personer med missbruk eller beroende inom socialtjänsten.

Utöver att förbättra tillgängligheten till psykosocialt stöd (inklusive rådgivning) och andra sociala insatser för personer med missbruk eller beroende, är den förstärkta vårdgarantin viktig för att skapa förutsättningar för en bättre tidsmässig samordning av socialtjänstens stöd och hälso- och sjukvårdens behandling. Kravet att socialtjänsten ska upprätta individuell plan inom 30 dagar syftar till att säkerställa att det psykosociala stöd och de andra sociala insatser som krävs för att kunna genomföra behandling finns på plats när behandlingen ska inledas. Det syftar också till att förbättra den tidsmässiga samordningen av hälso- och sjukvårdens behandlingsinsatser och socialtjänstens stödinsatser. Genom kravet på individuell plan (i stället på vissa specifika insatser) skapas också en önskvärd flexibilitet eftersom individuella planer kan vara av olika detaljeringsgrad och i många fall behöva kompletteras med ytterligare utredning och insatser över tid.

Det är utredningens uppfattning att bäst förutsättningar för en bättre tidsmässig samordning skapas om ansvaret för både behandling och stöd samlas hos en huvudman, vilket också förekommer i andra länder. Men då utredningen valt att stanna vid att samla ansvaret för behandling hos landstinget medan ansvaret för stöd kvarstår hos kommunen, bör de två huvudmännens skyldigheter regleras i en gemensam lagstiftning. Detta förekommer i dag till exempel när det gäller stöd och service till funktionshindrade genom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

I detta sammanhang ska också noteras att den förstärkta vårdgarantin i den del som rör socialtjänsten begränsas i omfattning som en följd av utredningens förslag om att samla ansvaret för behandling hos landstinget. Flertalet personer med missbruk eller beroende som är i behov av behandling är socialt väl fungerande med bostad, familj och arbete och har inte något behov av psykosocialt stöd och andra sociala insatser från socialtjänsten. Men för den kvantitativt sett mindre, men resursmässigt mycket krävande, grupp personer med missbruk eller beroende i kombination med allvarlig social problematik är det mycket viktigt att socialtjänsten tillhandahåller det psykosociala stöd och de andra sociala insatser som behövs för att behandling ska kunna genomföras på ett effektivt sätt. I dag är bristen på tidsmässig samordning mellan landstingets och kommunens insatser ett allvarligt problem.

Målsättningen är att psykosocialt stöd och andra sociala insatser ska erbjudas med en tidsmässig tillgänglighet som skapar goda förutsättningar för behandling. I många fall kan även stöd till barn och andra närstående behövas. Detta ges lämpligen ibland av sjukvårdshuvudmannen och ibland av socialtjänsten, utifrån individuell vårdplan och lokala överenskommelser.

Målgruppen

Den förstärkta vårdgarantin gäller personer med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel eller psykoaktiva substanser med likartad verkan.

När det gäller behandling i planerad, specialiserad vård gäller den förstärkta vårdgarantin personer med missbruk eller beroende som är bosatta i landstinget. Detta gäller i första hand personer som uppfyller diagnostiska kriterierna för beroende enligt ICD och DSM inom hälso- och sjukvården och som har ett vårdbehov. Även personer som tidigare har uppfyllt de diagnostiska kriterierna för beroende, och som söker hjälp för att minska risken för återfall, omfattas av den förstärkta vårdgarantin. Därtill kan personer med missbruk omfattas av den förstärkta garantin om substansanvändningen medför allvarliga risker för personens hälsa eller sociala situation, även om inte beroende föreligger i strikt diagnostisk mening. När det gäller missbruk (utan beroende) bör det i första hand handla om yngre personer som utan behandling kan komma ifråga för vård utan samtycke enligt LVU. Men även äldre med missbruk (utan beroende) som utsätter sin hälsa och sociala situation för allvarliga risker ska omfattas. Personer med riskbruk av alkohol eller droger ingår inte i målgruppen för den förstärkta vårdgarantin.

Samtidig psykisk sjukdom ska anses utgöra en del av missbruks- eller beroendeproblemet, och därmed omfattas av den förstärkta vårdgarantin, om behandlingsresultatet bedöms bli bättre om missbruket eller beroendet och den övriga problematiken behandlas samtidigt. Det innebär i dessa fall att även behandlingen av den samtidiga psykiska sjukdomen ska inledas inom den tidsgräns om 30 dagar som den förstärkta vårdgarantin stipulerar.

När det gäller individuell plan gäller den förstärkta vårdgarantin personer som är i behov av både behandlingsinsatser från hälso- och sjukvården och stödinsatser från socialtjänsten på grund av

missbruk eller beroende, och som vistas i kommunen. Detta gäller personer som enligt socialtjänstens biståndsbedömning har ett behov av insatser på grund av missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel. Socialtjänsten ska inte villkora psykosociala stödinsatser med att personen ska genomgå behandling, utan garantin innebär i denna del en skyldighet för kommunen att upprätta en individuell plan även för personer som inte är motiverade att genomgå behandling. I dessa fall ska den individuella planen inkludera stödinsatser samt skadebegränsande och motive-
rande insatser och en långsiktig målsättning om att inleda behandling.

De klienter inom socialtjänsten som inte bedöms vara i behov av behandling på grund av missbruk eller beroende omfattas inte av den förstärkta vårdgarantins krav på individuell plan. För dessa gäller den generella regeln i SoL att utredning ska inledas utan dröjsmål.

Klienter inom kriminalvården ska omfattas av den förstärkta vårdgarantin, inom ramen för den så kallade normaliseringsprincipen. Det innebär att klienter i frivård ska omfattas på samma sätt som andra medborgare. Klienter i anstalt ska också som huvudregel omfattas av den förstärkta vårdgarantin. Omhändertagandet i anstalt kan dock i vissa fall förhindra landstingets och kommunens medverkan, till exempel när klienter har långa strafftider. I dessa fall kan det vara motiverat att göra avsteg från vårdgarantin

Den detaljerade ansvarsfördelningen mellan landstinget och kriminalvården när det gäller psykosocial behandling bör tydliggöras genom överenskommelser, vilka lämpligen kan integreras i de samverkansavtal som landstinget ska vara skyldigt att ingå med kommunerna i landstingsområdet.

I de fall landstinget och kommunen inte kan medverka i den vård som ges i anstalt bör målet vara att även kriminalvårdens behandlingsinsatser för personer med missbruk eller beroende inleds inom senast 30 dagar. Om exempelvis substitutionsbehandling vid opiatberoende, eller centralstimulerande behandling vid ADHD inleds under verkställighetstid på anstalt, är hemlandstinget skyldigt att utan dröjsmål erbjuda fortsatt sådan behandling sedan anstaltsvistelse har avslutats.

Den förstärkta vårdgarantin regleras i lag

Utredningen har övervägt två olika alternativ för att reglera en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende.

Det ena alternativet är att komplettera vårdgarantin i HSL med en överenskommelse mellan regeringen och SKL om en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende. Detta skulle anknyta till de senaste årens tradition inom området. Den förstärkta vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa är ett exempel på denna lösning. Med en sådan lösning kan vårdgarantin löpande förändras och anpassas till den utveckling som sker.

Utredningen anser emellertid att en lösning baserad på frivilliga överenskommelser inte är tillräcklig med hänvisning till hittillsvarande erfarenheter av sådana överenskommelser och rådande brister i tillgänglighet för personer med missbruk eller beroende. Vidare har överenskommelserna endast gällt landstingens insatser, vilket innebär att de inte möter behovet av att förbättra tillgängligheten inom socialtjänsten och den tidsmässiga samordningen av landstingets behandlingsinsatser och kommunens stödinsatser.

Det alternativ utredningen valt är istället att genom lagstiftning reglera den förstärkta vårdgarantin inklusive tidsgränser. Fördelen med lagstiftning är att huvudmännens skyldigheter tydliggörs för en grupp patienter och klienter som ofta har särskilt svårt att hävda sina rättigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I detta sammanhang ska noteras att ett skäl för att lagstifta om den nationella vårdgarantin var att tidigare överenskommelser om vårdgarantier inte haft avsedd effekt. Det ska också noteras att de vårdgarantier som gäller vid missbruk och beroende i både Danmark och Norge är reglerade i lag. Den lagtekniska lösning som utredningen valt att reglera missbruks- och beroendevården genom en särskild lag, som kompletterar HSL och SoL, underlättar att föra in bestämmelser om en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende.

Att lagstifta om en skyldighet för landstinget och kommunen att erbjuda en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende är viktigt för att tydliggöra att landstinget har ett samlat behandlingsansvar, men även att kommunen har ansvar för psykosocialt stöd och andra sociala insatser. Detta är också viktigt för att förbättra den tidsmässiga samordningen av landstingens behandlingsinsatser och kommunens stödinsatser. Men till skillnad från den nyligen lagfästa nationella vårdgarantin bör, enligt utred-

ningens mening, även tidsgränserna för den förstärkta vårdgarantins olika delar specificeras i lagstiftningen. I både Danmark och Norge är tidsgränserna reglerade i lagstiftningen. För att reglera tidsgränserna talar behovet av att tydliggöra huvudmännens ansvar för och stärka individens ställning inom missbruks- och beroendevården. Samtidigt bedömer utredningen att här föreslagna tidsgränser, vilka är mer krävande än den nationella vårdgarantin, inte ska vara i behov av förändring under betydande tid.

I den mån staten väljer att fortsätta ge bidrag som fördelas mellan de huvudmän som uppfyller tidsgränserna i de vårdgarantier som finns för hälso- och sjukvården bör dessa bidrag även omfatta behandling av personer med missbruk eller beroende. Detta bör i så fall ske genom att en viss andel av de statliga bidrag som åtföljer den nationella vårdgarantin, den så kallade kömiljarden, reserveras för den förstärkta vårdgarantin för personer med missbruk eller beroende. För kommunerna bör särskilda medel anvisas.

4.2.8 Uppföljning

Utredningens förslag: Den förstärkta vårdgarantin ska följas upp med avseende på i vad mån landstingen och kommunerna uppfyller sina skyldigheter och hur garantin påverkar prioriteringen mellan olika patient- och klientgrupper inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För uppföljningen bör tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ansvara.

För att den förstärkta vårdgarantin verkligen ska förbättra tillgängligheten till vård för den enskilde med missbruks- och beroendeproblem är det viktigt att det sker en löpande uppföljning av i vad mån landstingen och kommunerna uppfyller sina skyldigheter. Vidare är det angeläget att följa upp om och i så fall hur den målgruppspecifika förstärkta vårdgarantin påverkar prioriteringen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån de grundläggande principerna för prioritering inom nämnda verksamhetsområden.

I dag ansvarar SKL för att följa upp den nationella vårdgarantin med stöd av den nationella väntetidsdatabasen. Det har hittills funnits betydande problem med att skapa jämförbarhet mellan olika landstings rapportering, vilket innebär en risk för att

uppgifterna om tillgänglighet och i vad mån den nationella vårdgarantin uppfylls i olika landsting är missvisande.

Utredningen anser att uppföljningen av den förstärkta vårdgarantin för personer med missbruk eller beroende ska vara ett ansvar för och utföras av ett organ som är oberoende av landstingen och kommunerna som huvudmän för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För uppföljningen bör tillsynsmyndigheten för hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten ansvara.

4.3 Bra bemötande

Utredningens förslag: Den enskilde med missbruk eller beroende ska ha rätt till ett bra bemötande av dem som verkar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

4.3.1 Bra bemötande ger bättre behandlingsresultat

Den grundläggande förutsättningen för att missbruks- och beroendevården ska vara effektiv är att den som är i behov av vård och stöd söker hjälp hos socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. I dag är ett problem att missbruks- och beroendevården når endast en mindre del av de som behöver hjälp, cirka en av fem av dem med missbruk eller beroende. Det finns givetvis flera orsaker till att endast en mindre andel av dem som är i behov av vård och stöd söker hjälp. Men en viktig orsak är tveklöst brister i bemötandet.

Många personer med missbruk eller beroende har också vittnat om att de upplever dagens organisation av missbruks- och beroendevård som mindre attraktiv. Det gäller kanske i synnerhet personer utan påtaglig social problematik som söker vård i områden där vården är traditionellt organiserad med socialtjänsten som bas. Aktuell forskning visar att nio av tio i behov av vård och stöd för missbruk eller beroende helst söker hjälp inom hälso- och sjukvården medan endast en av tio helst söker vård inom socialtjänsten. Bra bemötande är sålunda viktigt för att den enskilde överhuvudtaget ska söka vård.

Bra bemötande är också av stor betydelse för resultatet när väl vård och behandling kommer till stånd. Det är viktigt för att den enskilde ska vilja delta i planeringen och genomförandet av vården. Positiva effekter av bra bemötande är bland annat förbättrad

följsamhet till rekommendationer, bättre behandlingsresultat vid kroniska sjukdomar såsom diabetes och reumatism och ökad tillfredsställelse med vården från patientens sida.

Dessutom har det visats att behandlingens effekt i betydande utsträckning beror av relationen mellan behandlare och patient. Detta gäller inte minst inom psykiatrisk vård och vid psykosocial behandling. Om den enskilde inte vill delta skapas inte den behandlingsallians mellan behandlare och patient som är en dokumenterat viktig framgångsfaktor i alla behandlingsrelationer. Retentionen i behandling, det vill säga om patienten väljer att genomföra hela behandlingsprogrammet eller avbryta behandlingen, påverkas sannolikt också av bemötandet, även om detta inte är undersökt på ett systematiskt sätt.

4.3.2 Alla har samma rätt till bra bemötande

Utifrån ett rättviseperspektiv är det otillfredsställande att personer med missbruk eller beroende tenderar att få ett sämre bemötande än många andra grupper som söker hjälp inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

4.3.3 Brister i bemötandet

Bemötande av en person som söker vård påverkas av faktorer på flera nivåer, av vilka flera den enskilde medarbetaren inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården inte själv kan styra. Man kan i detta sammanhang urskilja bemötande och faktorer som påverkar bemötandet på tre övergripande nivåer: systemnivå, verksamhetsnivå och individnivå.

På systemnivå påverkas bemötandet av lagstiftning och andra regelverk. Det kan vara regler som personer med missbruk eller beroende upplever som kränkande, till exempel anmälningsplikt till polisen och socialtjänsten. För bemötandet är det av stor betydelse hur personalen hanterar denna typ av regler. Även prioriteringar mellan vårdområden och verksamhetsgrenar kan påverka bemötandet, till exempel om personer med missbruk eller beroende tvingas vänta längre på vård eller tas emot i sämre lokaler och av personal med lägre utbildningsnivå än andra patient- och klientgrupper.

På verksamhetsnivå kan traditioner och rutiner påverka bemötandet. Rutiner som innebär att en person i behov av vård inte erbjuds vårdplats om han eller hon är påverkad av alkohol, utan först på egen hand måste tillnyktra, är ett exempel. Villkor om en viss tids bevisad nykterhet för att få tillgång till rehabiliteringsåtgärder, bostad eller försörjningsstöd är andra exempel. Fortfarande är olika typer av villkorade insatser vanliga på missbruksområdet.

På individnivå är det personalens beteende som påverkar bemötandet. Tyvärr har utredningen tvingats konstatera att många personer med missbruk eller beroende och deras anhöriga anser att de inte får det bemötande av personalen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården som de anser sig ha rätt att förvänta sig. Många vittnar om en moraliserande attityd hos personalen som skuldbelägger den enskilde i behov av hjälp. Det kan handla om att missbruket eller beroendet anses vara självförvållat. Många personer med missbruk eller beroende som sökt vård anser också att deras personliga integritet inte respekterats och att de känt sig kränkta.

Dessa brister i bemötandet av personer med missbruk eller beroende har bekräftats i samband med utredningens regionala hearingar med verksamhetsansvariga, yrkesverksamma och brukare samt besök vid olika enheter och verksamheter inom missbruks- och beroendevården runt om i landet. Brister i bemötandet har också varit ett återkommande tema i de diskussioner som förts i utredningens referensgrupp av ideella organisationer, vilken består av ett 25-tal brukar- och klientorganisationer, och som följt utredningens arbete under hela utredningstiden.

I detta sammanhang ska också noteras att delaktighet är det område som uppvisar sämst resultat av de kvalitetsområden som ingår i öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården. Materialet i öppna jämförelser ska tolkas med viss försiktighet, men kommunerna (socialtjänsten) uppvisar väsentligt sämre resultat än landstingen (hälso- och sjukvården).

4.3.4 Nuvarande lagstiftning

Insikten om att ett bra bemötande är en viktig förutsättning för framgångsrik vård och behandling fanns redan när de två huvudlagarna – SoL och HSL – som i dag reglerar kommunernas och

landstingens missbruks- och beroendevård utformades i slutet av 1970- och början av 1980-talet. I den nuvarande lagstiftningen används dock inte termen bemötande, utan vikten av ett bra bemötande som begrepp framhålls genom en annan terminologi.

Socialtjänsten ska enligt 1 kap. 1 § SoL på demokratins och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlika levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Verksamheten ska bygga på människors självbestämmande och integritet. Insatserna ska vara av god kvalitet samt utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.

Hälso- och sjukvården ska enligt kraven på god kvalitet i 2 a § HSL bland annat vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. Den ska också så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

I detta sammanhang kan det också noteras att diskrimineringsgrunderna och diskrimineringsförbudet i diskrimineringslagen (2008:567) omfattar i princip samtliga samhällsområden, inklusive socialtjänst och hälso- och sjukvård.

4.3.5 Förstärkta krav på bra bemötande

Utredningen är av den bestämda uppfattningen att det inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården måste ske en attityd-förändring i relation till den enskilde. Personer med missbruk eller beroende ska givetvis bemötas på ett lika bra sätt som personer med andra sjukdomstillstånd och sociala problem.

Utredningen anser att det i den lagstiftning som reglerar missbruks- och beroendevården ska ställas krav på bra bemötande. I SoL och HSL finns redan i dag som redovisats ovan, bestämmelser som rör bemötande av klienter och patienter. Denna typ av bestämmelser finns även inom andra verksamhetsområden, till exempel finns i polisförordningen (1988:1558) bestämmelser som avser reglera polisens bemötande.

De befintliga bestämmelserna i SoL och HSL har dock, enligt utredningens bedömning, visat sig vara otillräckliga för att säkerställa ett bra bemötande av personer med missbruk eller beroende. Förslaget att reglera missbruks- och beroendevården

genom en särskild lagstiftning som kompletterar SoL och HSL skapar bättre förutsättningar att föra in en särskild bestämmelse som reglerar bemötandet av personer med missbruk eller beroende.

Personer med missbruk eller beroende bemöts av allt att döma i dag på ett sämre sätt än flertalet andra patienter och klienter. För att komma till rätta med detta missförhållande krävs en särskild bestämmelse som ger den enskilde rätt till bra bemötande vid kontakt med missbruks- och beroendevården. Bestämmelsen avser i första hand reglera bemötandet på individnivån, det vill säga personalens beteende. Detta eftersom personalens beteende är den del av bemötandet som brukare oftast framhåller som en brist. Men bestämmelsen ställer även krav på huvudmän och utförare, bland annat när det gäller utformning av regler och rutiner samt utbildning av personal. Flera andra av utredningens förslag bidrar också indirekt till ett bättre bemötande på system- och verksamhetsnivå, till exempel förslagen om förstärkt vårdgaranti, brukarinflytande och utbildning.

I detta sammanhang ska det noteras att vad som är ett bra eller mindre bra bemötande inte kan definieras i absolut mening. Ofta handlar det om subjektiva uppfattningar, inte sällan i för den enskilde utsatta situationer. Likväl vill utredningen framhålla ett antal principer som bör vara vägledande för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Den enskilde i behov av hjälp ska betraktas som en unik individ, inte som ett sjukdomsfall med vissa typiska symtom. Den enskilde ska vara delaktig i planeringen och genomförandet av vården och så långt det är möjligt själv kunna välja mellan olika alternativ som vilar på evidens och beprövad erfarenhet. Den enskildes eget ansvar och förmåga ska uppmuntras och tas till vara. Den enskilde och, om den enskilde så önskar, närstående ska ges information om sjukdomen och relaterade problem och olika behandlingsalternativ.

Utredningen är medveten om att bestämmelser av det slag som i dag finns i SoL och HSL, och som utredningen föreslår rörande bra bemötande, normalt inte är tvingande eller direkt förknippade med hot om sanktioner. De är i första hand normerande i den mening att lagstiftaren vill tydliggöra att en grupp klienter eller patienter inte bemöts på ett bra sätt och att detta är oacceptabelt. Inte heller är syftet med den föreslagna bestämmelsen att personer med missbruk eller beroende ska ha rätt till ett bättre bemötande än andra klient- och patientgrupper. Alla som vänder sig till socialtjänsten

och hälso- och sjukvården ska ha rätt till ett bra bemötande, även personer med missbruk eller beroende.

Missbruksutredningen vill understryka vikten av att ansvariga huvudmän och utförare av missbruks- och beroendevården arbetar aktivt med bemötandefrågor i sitt patientsäkerhets- och kvalitets-säkringsarbetet oavsett om eventuella brister omfattas av anmälningsplikten enligt lex Sarah och lex Maria.

4.3.6 Fortbildning av personal

Utredningens bedömning: För att förverkliga den nya lagens intentioner om bra bemötande bör utförare av missbruks- och beroendevård anordna regelbunden fortbildning av sin personal i vilken reflektion över och träning av bra bemötande utgör en central del.

Det har utvecklats utbildningskoncept i syfte att stärka förmågan hos yrkesverksamma inom vården att ge ett bra bemötande. Dessa erfarenheter bör tas till vara och anpassas till de förhållanden och krav som gäller på missbruksområdet i form av utbildningar om bemötande för yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården.

Utförarna av missbruks- och beroendevård bör enligt utredningens mening inom ramen för sitt arbetsgivaransvar, och för att uppfylla de generella kompetenskraven i HSL och SoL om att personalen ska ha adekvat kompetens, regelbundet utbilda personalen i bemötande. Detta sker också delvis redan i dag, inte bara i socialtjänsten och hälso- och sjukvården, utan även inom till exempel kriminalvården. Det är sålunda inte utredningens avsikt att föreslå någon ny fortbildningsskyldighet, utan endast att understryka vikten av att kommunerna och landstingen prioriterar fortbildning i bemötande.

I utbildningarna bör personer med egen erfarenhet av att ta emot vård, behandling och stöd med anledning av missbruks- och beroendeproblem medverka. Utredningen har i linje med detta också inkluderat element om bemötande i de olika förslagen om utbildningar för yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården.

4.4 Förstärkt brukarinflytande

4.4.1 Brukarinflytande över missbruks- och beroendevården

Utredningens förslag: I arbetet med att utveckla insatserna inom missbruks- och beroendevården ska landstinget och kommunen söka ta till vara de erfarenheter som finns inom organisationer som företräder människor som behöver sådana insatser och deras närstående.

Organisationer som företräder människor som behöver missbruks- och beroendevårdens insatser samt deras närstående bör ges möjlighet att aktivt medverka till innehållet i samarbetsavtal mellan kommuner och landsting, och vara delaktiga i uppföljningen av avtalen.

Kraven på brukarinflytande i missbruks- och beroendevården ska regleras genom lagstiftning.

Allmänna överväganden

De senaste 25 åren har det funnits en allmän uppslutning bland politiker och brukare bakom uppfattningen att brukarinflytandet bör förstärkas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta gäller också i hög grad missbruks- och beroendevården. Förstärkt brukarinflytande och utveckling av former för att tillvara brukares erfarenheter och kunskaper är exempelvis mål för missbruks- och beroendevården i regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken för perioden 2011–2015.

Med brukarinflytande avses att ge möjligheter för patienter och klienter att påverka vårdens planering och genomförande samt att ta tillvara patienters och klienters erfarenheter och kunskaper. I första hand handlar det om att ge brukare möjlighet att lämna synpunkter i en rådgivande roll, det vill säga inte att ge brukare formellt inflytande eller beslutsmyndighet.

Brukarinflytande kan ske på såväl individuell nivå, till exempel genom den enskildes aktiva deltagande i individuell planering, och på kollektiv nivå, till exempel genom brukarråd eller genom att representanter för den organiserade brukarrörelsen deltar i ledningsgrupper.

Brukarinflytande på individuell respektive kollektiv nivå har delvis olika syften. På individuell nivå handlar det i första hand om att skapa möjligheter för den enskilde patienten eller klienten att påverka planeringen och genomförandet av vården i det enskilda fallet. På kollektiv nivå handlar det i första hand om att i olika avseenden förbättra olika verksamheter i vården eller vården som system i ett landsting eller en kommun.

Brukarinflytande är viktigt och kan motiveras av flera olika skäl. Det är viktigt för att stärka patienters och klienters inflytande över missbruks- och beroendevården och därmed öka individens kontroll över sitt eget liv. Det är viktigt för att ta tillvara patienters och klienters erfarenheter och kunskaper vid utveckling och förändring av vården. Brukarinflytande är viktigt för att förbättra bemötandet, bland annat för att göra vården mer attraktiv så att fler personer med missbruk eller beroende frivilligt söker hjälp.

Utredningens analys visar att målen och formerna för brukarinflytande liksom brukarinflytandets funktionssätt varierar mycket mellan olika kommuner och landsting. Generellt finns stora möjligheter att utveckla brukarinflytande och styrningen av detsamma.

Utredningen ser det som en brist att det i nuvarande lagstiftning, HSL och SoL, saknas bestämmelser som ställer krav på landsting och kommuner att organisera brukarinflytande på kollektiv nivå inom missbruks- och beroendevården. För att förverkliga målsättningen om förstärkt brukarinflytande anser utredningen att lagfästa krav på brukarinflytande på kollektiv nivå utgör ett viktigt komplement till de bestämmelser som finns om brukarinflytande på individuell nivå, bland annat kraven på att patienten ska vara delaktig i planeringen och genomförandet av vården och vid individuell planering.

Mot denna bakgrund anser utredningen att det i lagstiftningen bör införas krav på brukarinflytande i syfte att öka brukarnas möjlighet att påverka frågor om bland annat ansvar, innehåll och organisation inom missbruks- och beroendevården. Vidare anser utredningen att det finns behov att underlätta för den enskilde patienten och klienten inom missbruks- och beroendevården att hävda sina rättigheter gentemot huvudmännen och vårdgivarna.

Behov av att förstärka brukarinflytandet

Många landsting och kommuner har utvecklat former för brukarinflytande i missbruks- och beroendevården. Det råder dock stora variationer mellan olika landsting och kommuner när det gäller målet och formerna för brukarinflytande. Den vanligaste formen för brukarinflytande på kollektiv nivå är olika former av brukarråd genom vilka representanter för den organiserade brukarrörelsen ges möjlighet att framföra synpunkter. Andra exempel som förekommer, men fortfarande är relativt ovanliga, är brukarevisioner och användning av brukare som konsulter i arbetet med att utveckla vården.

Vid utredningens regionala hearingar med verksamhetsansvariga, yrkesverksamma och brukare samt besök vid olika enheter och verksamheter inom missbruks- och beroendevården runt om i landet har brukarinflytande återkommande identifierats som ett utvecklingsområde. Utredningen kan bekräfta att det finns stora variationer i mål och former. På några platser finns ambitiösa mål och avancerade former. Men på många håll hanteras brukarinflytandet mer pliktskyldigt. Det finns också enheter och verksamheter som helt saknar former för brukarinflytande. Verksamhetsansvariga och yrkesverksamma ger ofta uttryck för en önskan och ambition att utveckla och fördjupa brukarinflytandet. Det gör också brukare. Men brukare är i många fall kritiska till hur brukarinflytandet fungerar i dag. Kritik som ofta framförs är att det i huvudsak handlar om information från verksamhetsansvariga och yrkesverksamma till representanter för brukarorganisationer och att intresset för att ta del av och använda brukarnas erfarenheter och kunskaper är begränsat. I korthet att möjligheterna för brukare att påverka vården är begränsade.

Det finns också särskilda förhållanden inom missbruksområdet som understryker vikten av brukarinflytande inom missbruks- och beroendevården. Många patienter och klienter med missbruk eller beroende har långvarig kontakt med vården och därmed mer omfattande erfarenheter och kunskaper om vården jämfört med många andra patient- och klientgrupper. Samtidigt har patienter och klienter med missbruk eller beroende ofta lägre egen motivation och status i vården och därmed sämre möjligheter att hävda sina rättigheter på individuell nivå. Det finns sålunda mycket att vinna på att ta tillvara patienternas och klienternas erfarenheter och kunskaper inom missbruks- och beroendevården. Men det krävs

mer effektiva former för brukarinflytande för att ta tillvara dessa erfarenheter och kunskaper i det ständigt pågående arbetet med att utveckla vården.

Brukarinflytande i utvecklingen av vården

Utredningens utgångspunkt är att brukare kan bidra med viktiga erfarenheter och värdefull kunskap i det ständigt pågående arbetet med att utveckla vården. Till exempel är brukarnas erfarenheter och kunskap av stort betydelse när det gäller att förbättra bemötandet av patienter och klienter och när det gäller att utforma behandlingsutbudet och vårdens organisation för att bättre möta patienternas och klienternas behov.

Utredningen anser mot denna bakgrund att kommunerna och landstingen i arbetet med att utveckla insatserna inom missbruks- och beroendevården ska ha en skyldighet att söka ta tillvara de erfarenheter som finns inom organisationer som företräder människor som behöver sådana insatser och deras närstående, det vill säga både brukar- och anhörigorganisationer.

Samverkansavtalet mellan landstinget och kommunerna

Utredningen har föreslagit att landstinget med kommunerna i landstingsområdet ska ingå ett avtal i fråga om insatser för personer med missbruk eller beroende eller riskabel konsumtion av alkohol och andra droger. Avtalet syftar till att reglera landstingets och kommunernas ansvar samt skapa en möjlighet att anpassa missbruks- och beroendevårdens innehåll och organisation till lokala och regionala behov.

Avtalet bör bland annat reglera landstingets och kommunernas ansvar för missbruks- och beroendevården mer i detalj och hur hänvisning av patienter och klienter och utbyte av information ska ske mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vidare bör avtalet på en övergripande nivå reglera vilka vård-, behandlings- och stödinsatser som ska ingå i missbruks- och beroendevårdens utbud samt hur utbudet ska organiseras geografiskt och verksamhetsmässigt för att möta de behov av missbruks- och beroendevård som finns lokalt och regionalt.

Utredningen ser det som naturligt och viktigt att brukare ges möjlighet att ta del av och lämna synpunkter på de förhållanden som samverkansavtalet reglerar, det vill säga ansvar, innehåll och organisation. Det handlar sålunda om brukarinflytande i en rådgivande funktion. Men det står givetvis den enskilde huvudmannen fritt att ytterligare förstärka brukarinflytandet.

Med den föreslagna avtalsskyldigheten bör det också följa en skyldighet att ge brukare och deras närstående möjlighet att aktivt medverka till innehållet i samarbetsavtal mellan kommuner och landsting, och vara delaktiga i uppföljningen av dessa avtal. I första hand bör inflytandet ske genom representanter för den organiserade brukarrörelsen, men det kan också vara ett alternativ att involvera enskilda brukare.

Inom ramen för denna skyldighet är det upp till varje landsting att välja form för brukarinflytande. Det finns flera olika tänkbara former för brukarinflytande, bland annat brukarråd, brukarkonsulter och brukarrevison.

Mot bakgrund av att brukarinflytandet är av rådgivande karaktär och att landstingen och kommunerna själva kan välja form för brukarinflytande, anser utredningen att kraven på brukarinflytande endast mycket marginellt innebär en begränsning av självbestämmandet.

Stöd för effektivt brukarinflytande

För att skapa förutsättningar för ett effektivt brukarinflytande och för att uppfylla den nya lagstiftningens ambitioner är det önskvärt att kommuner och landsting stödjer brukarrörelsen i olika avseenden. Organisationsgraden bland brukare varierar mycket mellan olika delar av landet. På flera håll är brukarrörelsen relativt svag och har svårt att svara upp mot förväntningar på aktivt deltagande i beslutsprocesserna inom missbruks- och beroendevården. Kommuner och landsting bör därför stödja och uppmuntra en aktiv brukarrörelse.

Vidare är det angeläget att de representanter för brukarrörelsen eller enskilda brukare som deltar i formerna för brukarinflytande erbjuds utbildningsinsatser som underlättar deras aktiva deltagande. Det kan handla om information om missbruks- och beroendevården, relevanta regelverk, formerna för brukarinflytande och vad som förväntas av den som deltar i brukarinflytande.

4.4.2 Nationell valfrihetsdatabas

Utredningens förslag: Det ska inrättas en nationell databas med information om tillgängliga auktoriserade utförare av behandling av olika missbruks- och beroendetillstånd i syfte att stärka den enskildes ställning i planeringen och genomförandet av vården.

Motivation är en avgörande framgångsfaktor för att behandlings- och stödinsatser för personer med missbruk eller beroende ska ha önskat resultat. Att stärka den enskildes möjlighet att påverka vårdens planering och genomförande är ett sätt att försöka ta tillvara den enskildes motivation. Utredningens förslag om förstärkt vårdgaranti innehåller också utökade möjligheter för den enskilde att välja att påverka valet av insats och utförare av insats.

I detta sammanhang är det också viktigt att notera den mer generella utvecklingen inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område i riktning mot en ökad mångfald av utföraren. I detta syfte upphandlar landsting och kommuner i ökande grad vård från privata vårdgivare. Förändringar av regelverken har införts, vilket underlättar etablering och valfrihet. Missbruks- och beroendevården har jämfört med många andra vårdområden ett förhållandevis stort inslag av privata vårdgivare. Detta gäller i första hand inom den slutna vården inom socialtjänstens område, det vill säga hem för vård eller boende (HVB).

Såväl utredningens förslag som den generella utvecklingen inom missbruks- och beroendevården innebär ökade valmöjligheter för den enskilde. För att kunna utnyttja dessa valmöjligheter och göra informerade val behöver patienterna och klienterna trovärdig och lättillgänglig information om vilka insatser och utförare av insatser som finns tillgängliga.

I dag ställs stora krav på den enskilde för att hitta adekvat information om tillgängliga insatser och utförare av insatser inom missbruks- och beroendevården. Information om vissa evidensbaserade insatser finns förvisso i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. När det gäller utförarna är situationen sämre. Socialstyrelsen har en databas med information om HVB, men informationen om vilken kompetens olika behandlingshem har och vilka insatser de erbjuder saknas eller är inte kvalitetsgranskad. Det så kallade HVB-registret bygger i allt

väsentligt på den information som de enskilda utförarna själva lämnat. För övriga utförare saknas i princip nationell information. Den auktorisation som utredningen föreslår ska införas för utförare av behandling bör även kunna innehålla ett krav att redovisa vissa uppgifter i den nationella databasen (jfr kapitel 6).

Utredningen anser mot denna bakgrund att den enskildes delaktighet i planeringen och genomförandet av missbruks- och beroendevården bör stärkas genom tillskapandet av en nationell databas med information om tillgängliga auktoriserade utförare av olika behandlingar. Information om behandlingar, kompetens och resultat är centrala uppgifter. På sikt bör även uppgifter om bemötande inkluderas i databasen.

Den nationella valfrihetsdatabasen kan givetvis också vara till nytta för huvudmännen, till exempel när det gäller upphandling av behandling.

Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att i samverkan med landstingen och kommunerna utveckla en sådan nationell databas. Informationen i databasen bör vara godkänd av den myndighet som ansvarar för auktorisering eller tillsyn av missbruks- och beroendevården.

4.4.3 Personligt ombud

Utredningens förslag: Kommunernas frivilliga verksamhet personligt ombud ska göras tillgänglig och anpassas för personer med missbruk eller beroende. Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma den statliga styrningen av verksamheten personligt ombud för att förverkliga detta.

Personer med missbruk eller beroende har i vissa fall behov av flera olika insatser från flera olika verksamheter eller huvudmän. Det kan vara fallet exempelvis vid missbruk eller beroende i kombination med social problematik eller vid samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom. Ibland har den enskilde själv inte styrkan eller förmågan att efterfråga insatser eller upprätthålla relationerna med de olika verksamheterna och huvudmännen. I detta sammanhang ska noteras att den bristande samordningen av landstingens och kommunens insatser är en av de

största bristerna som utredningen identifierat i dagens svenska missbruks- och beroendevård.

Psykiatriutredningen föreslog att det skulle införas en rätt till personligt ombud för personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom. Någon sådan rätt har inte införts, men staten har genom ett särskilt statsbidrag uppmuntrat kommunerna att bygga upp verksamhet med personligt ombud. Enligt villkoren för bidraget ska det personliga ombudet tillsammans med den enskilde identifiera och formulera den enskildes behov av vård, stöd och service samt se till att huvudmännens insatser planeras, samordnas och genomförs. Det personliga ombudet ska inte utföra myndighetsutövning eller behandling och därmed inte överta uppgifter som redan utförs av kommuner och landsting, utan endast hjälpa den enskilde att tillvarata sina rättigheter.

De uppföljningar som gjorts av verksamheten personligt ombud indikerar att brukarna är nöjda med verksamheten och att den kan ha vissa positiva effekter, till exempel i form av minskat behov av psykiatrisk sluten vård.

Det råder en viss oklarhet om i vilken utsträckning personer med missbruk eller beroende har tillgång till personligt ombud. I villkoren för det statliga bidraget framgår att personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom ska ha tillgång till insatsen. Däremot ger inte villkoren stöd för att andra grupper av personer med missbruk eller beroende, till exempel personer med social problematik, har tillgång till insatsen.

Utredningen anser att personer med missbruk eller beroende, som har långvariga eller komplexa behov av vård, stöd och service, bör ha tillgång till verksamheten personligt ombud. Behoven hos personer med samsjuklighet mellan missbruk och beroende och psykisk sjukdom och personer med missbruk eller beroende i kombination med social problematik kan i många fall likställas med behoven hos personer med långvarig och allvarlig annan psykisk sjukdom. Mot denna bakgrund anser utredningen att verksamheten personligt ombud bör göras tillgänglig för och anpassas även till personer med missbruk eller beroende och deras behov.

Personligt ombud är i dag en frivillig kommunal insats och den statliga styrningen är begränsad till villkoren för det statliga bidraget till kommunerna som Socialstyrelsen publicerat i ett meddelandeblad. Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma den statliga styrningen för att göra verksamheten tillgänglig och anpassad för personer med missbruk eller beroende

och deras behov. Detta kan ske genom att villkoren för det statliga bidraget ändras eller genom att verksamheten regleras mer formellt, till exempel genom föreskrifter.

4.5 Tillsyn

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ska enligt bestämmelser i LMB ha tillsyn över alla verksamheter enligt LMB.

Socialstyrelsen ska ges möjlighet att förelägga den som svarar för verksamhet enligt MBL att avhjälpa missförhållande. Föreläggandet ska få förenas med vite.

Lagen om missbruks- och beroendevård (LMB) är avsedd att vara ett komplement till huvudlagarna på området, socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Verksamheterna enligt dessa lagar står under Socialstyrelsens tillsyn enligt utförliga bestämmelser i SoL och för hälso- och sjukvårdens del i patient-säkerhetslagen (2010:659).

Särskilda bestämmelser om fördelningen av ansvar mellan landsting och kommun, tidiga insatser, samarbetsavtal, förstärkt vårdgaranti och kvalitet och kompetens ger LMB en karaktär av pluslag till huvudlagarna. För att säkerställa att Socialstyrelsens tillsyn också gäller dessa särskilda bestämmelser anser utredningen det lämpligt att föreslå särskilda tillsynsbestämmelser i LMB. En förebild för sådana särskilda tillsynsbestämmelser finns i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Liksom denna grupp är, som utredningen visat, människor med missbruks- och beroendeproblem en eftersatt grupp inom vården. Det finns därför särskild anledning att skärpa tillsynsmöjligheterna.

De särskilda tillsynsbestämmelserna är avsedda klargöra den viktiga roll som Socialstyrelsen – eller annan myndighet som regeringen finner lämpligt att ge tillsynsansvar – har enligt LMB. De är samtidigt givetvis ägnade att stärka den enskildes ställning inom missbruks- och beroendevården.

Detta regleras 14 och 15 §§ i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

5 Vårdens innehåll, boende och sysselsättning

Utredningens bedömning: Med hänsyn till utvecklingen av ny forskningsbaserad kunskap, vårdens praktik i andra länder och erfarenheter från olika svenska försöksverksamheter, bör innehållet i den svenska missbruks- och beroendevården anpassas för olika målgrupper och inom olika insatsområden.

Utredningen har som en viktig utgångspunkt att missbruks- och beroendevården ska vara kunskapsbaserad. Det innebär att de olika behandlings- och stödinsatser som erbjuds ska ingå i en kunskapsbaserad praktik som kombinerar evidens om insatsers effekt och effektivitet, professionellas erfarenheter och brukares preferenser.

Utredningens analys visar att det för vissa missbruks- och beroendetillstånd saknas evidensbaserade insatser. Den nya forskningsbaserade kunskap som utvecklas införlivas inte. Vissa kunskapsbaserade insatser ingår inte i utbudet av ideologiska skäl. För vissa målgrupper med distinkt annorlunda vårdbehov saknas målgruppspecifika insatser. För andra målgrupper finns olika hinder som gör det svårt att ta del av det ordinarie utbudet av insatser. Kartläggningen av missbruks- och beroendevården i andra länder visar också att vissa behandlingsstrategier framstår som underutnyttjade i Sverige.

Utredningen anser mot denna bakgrund att innehållet och i vissa delar organisationen av den svenska missbruks- och beroende vården bör differentieras och vidareutvecklas för olika målgrupper och inom olika insatsområden. När det gäller läkemedelsbehandling och sprututbytesverksamhet kräver detta förändringar av gällande lagstiftning och regelverk.

5.1 Målgruppsspecifika insatser

Utredningens bedömning: De befintliga kunskapsbaserade insatserna inom missbruks- och beroendevården bör tillgängliggöras för fler målgrupper och fler målgruppsspecifika insatser bör utvecklas, bland annat behandlings- och stödsatser för personer med läkemedelsberoende, personer med missbruk av dopningsmedel, barn och ungdomar, gravida kvinnor, personer med funktionsnedsättning, äldre personer samt insatser speciellt anpassade för kvinnor respektive män och personer med utländsk bakgrund.

5.1.1 Mer målgruppsspecifika insatser behövs

Utredningens analys visar att det för flera olika missbruk- och beroendetillstånd i dag saknas specifika evidensbaserade stöd- och behandlingsinsatser. Kartläggningar av utbudet vid de olika behandlings- och stödenheterna visar också att många av de insatser som ges inte är evidensbaserade. Vidare visar utredningens analys att utbudet ofta är begränsat i den mening att endast en eller ett fåtal olika insatser erbjuds oberoende av målgruppens specifika behov. Vissa målgrupper framstår även som underprioriterade vid en jämförelse med vilka insatser som erbjuds andra målgrupper. Därutöver har vissa grupper av olika anledningar svårt att ta del av det ordinarie vårdutbudet. Avsaknaden av ett diversifierat utbud av insatser är av förklarliga skäl särskilt tydligt i befolkningsmässigt små kommuner.

Utredningen har i olika vetenskapliga rapporter (se bland annat forskningsbilagan) kartlagt vårdbehoven samt utbudet av och tillgängligheten till vård för ett antal olika målgrupper för vården av personer med missbruk eller beroende, bland annat personer med läkemedelsberoende, personer med missbruk av dopningsmedel, barn och ungdomar, gravida kvinnor, personer med funktionsnedsättning, äldre personer, kvinnor och män, samt personer med utländsk bakgrund. I flera fall har dessa målgrupper distinkt annorlunda vårdbehov än andra målgrupper. Samtidigt är utbudet av målgruppsspecifika insatser mycket begränsat. I några fall har de inte annorlunda vårdbehov, men sämre tillgänglighet till vård på grund av att de av olika anledningar inte kan ta del av det ordinarie utbudet av insatser.

Utredningen anser mot denna bakgrund att de befintliga kunskapsbaserade insatserna inom missbruks- och beroendevården bör tillgängliggöras för fler målgrupper och fler målgruppspecifika insatser bör utvecklas.

Samtidigt bör möjligheten att i högre grad individualisera insatserna beaktas och tas till vara. I många fall är det mer ändamålsenligt att organisera verksamheter som medger flexibilitet och ett diversifierat utbud än att inrätta en rad målgruppspecifika enheter. Detta gäller i synnerhet i områden med mer begränsat befolkningsunderlag.

5.2 Nya former av missbruk, nya vårdbehov

5.2.1 Personer med läkemedelsberoende

Utredningens bedömning: Landstingen bör utveckla målgruppspecifika och kunskapsbaserade insatser för att möta vårdbehoven hos personer med beroende av läkemedel.

Ett stort och ökande problem

Internationellt har läkemedelsberoende identifierats som det största missbruksproblemet efter alkoholberoende. I Sverige har dock läkemedelsberoende ännu inte rönt nämnvärd uppmärksamhet, annat än inom avgränsade delar av vårdutbudet.

Kunskapen om förekomsten av läkemedelsberoende i den svenska befolkningen är begränsad. Den kartläggning utredningen låtit göra, vilken ingår i forskningsbilagan, visar att 2009 gjorde drygt 350 000 eller 4,8 procent av befolkningen 18 år eller äldre minst fyra uttag av hypnotika, sedativa eller opioider. År 2006 var antalet 335 000. Av dem som 2009 gjorde minst fyra uttag per hade cirka 85 000 uttag som motsvarade en förbrukning av två eller fler normala dygnsdoser i genomsnitt per dag under ett år.

I en nationell enkätundersökning av befolkningens narkotikanvändning 2008 har det med frågeformuläret DUDIT som utgångspunkt skattats att 1,1 procent eller 65 000 personer av befolkningen mellan 16 och 64 år har av läkemedelsanvändning orsakade problem som uppfyller kriterierna för skadligt bruk eller beroende.

Det finns också några äldre skattningar som indikerar att problemet skulle vara av större omfattning.

Utifrån uppgifter i patientregistret har utredningen skattat antalet patienter i landet till cirka 13 000, vilket innebär att ett genomsnittligt landsting bör behandla omkring 500 unika patienter per år. De faktiska vårdbehoven är med största sannolikhet väsentligt större, eftersom det i flertalet landsting saknas en ingång i vården för personer med läkemedelsberoende. Om de 65 000 som uppfyller kriterierna för skadligt bruk eller beroende tas som utgångspunkt, skulle ett genomsnittligt landsting behandla omkring 2 500 unika patienter per år.

Begränsningar i vårdutbud

Ansvar för behandling av läkemedelsberoende är i dag inte lagreglerat, men får i praktiken anses falla på landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Utredningen har i kapitel 4 föreslagit att detta ansvar tydliggörs i den nya lagen om missbruks- och beroendevård. Ansvar för att förebygga och tidigt upptäcka läkemedelsberoende ligger, enligt utredningen, hos alla förskrivare av läkemedel med beroendeutvecklingspotential, oavsett inom vilken specialitet man är verksam.

Huvuddelen av problematiken uppstår inom ramen för förskrivning av läkare, även om det också förekommer illegal handel med läkemedel både i mer traditionella sammanhang och via Internet. I okomplicerade fall är det också ett ansvar för den behandlande läkaren att trappa ner läkemedelsanvändningen och på andra sätt hjälpa patienten att överkomma den problematiska läkemedelsanvändningen. I komplicerade fall krävs tillgång till utrednings- och behandlingsresurser inom den specialiserade vården.

För att förebygga utveckling av läkemedelsberoende är det sålunda viktigt att läkare har god beroendekompetens. Utredningen analys visar att grundutbildningen till läkare ger begränsad kunskap om missbruk och beroende. Mot denna bakgrund har utredningen i kapitel 6 föreslagit att inslagen om beroende och farmakologi ska utökas i utbildningsprogrammets obligatoriska delar.

Utredningens kartläggningar visar att utbudet av behandling är mycket begränsat. Det är endast på några få ställen i landet som det

finns specifika mottagningar eller vårdprogram för personer med läkemedelsberoende, bland annat i Stockholm, Göteborg och Malmö. I den mån vård och behandling överhuvudtaget finns på andra platser är den integrerad med annan vård.

Utveckling av vårdprogram m.m.

Mot bakgrund av att läkemedelsberoende är ett stort och sannolikt ökande problem, samt att utbudet av behandlings- och stödinsatser är mycket begränsat, anser utredningen att det bör utvecklas specifik vård för målgruppen.

Utredningens förslag att lagreglera ansvaret för behandling av läkemedelsberoende tydliggör det ansvar landstingen i någon mån redan i dag i praktiken axlar. Utredningen anser att varje landsting bör ha ett vårdprogram för målgruppen. Inom primärvården bör det finnas program och rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas när en patient riskerar att utveckla läkemedelsberoende. Det bör även finnas möjlighet att konsultera specialiserad vård vid behov. Inom den specialiserade vården bör det finnas ett samlat behandlingsprogram för personer med läkemedelsberoende. Detta gäller i första hand inom psykiatrin och beroendevården och på smärtkliniker. Det bör också i varje landsting finnas en verksamhet med kompetens att behandla komplicerade fall.

Utredningens förslag i avsnitt 6.3.3 om att inrätta ett nationellt kompetenscentrum för behandling av läkemedelsberoende syftar till att främja landstingens utveckling av specifika kunskapsbaserade insatser.

Vidare bidrar utredningens förslag i avsnitt 6.4.2 om att utöka inslagen om beroende och farmakologi i de obligatoriska delarna av grundutbildningen för läkare till att förbättra kunskapen i vården om att läkemedelsanvändning kan leda till beroende och hur detta kan förebyggas.

5.2.2 Personer med missbruk av dopningsmedel

<p>Utredningens bedömning: Landstingen bör utveckla målgruppspecifika och kunskapsbaserade insatser för att möta vårdbehoven hos personer med missbruk av dopningsmedel.</p>

Ett ökande problem

Missbruk av dopningsmedel förefaller vara ett jämförelsevis begränsat, men ökande problem. Uppgifterna om förekomsten av dopning i den svenska befolkningen är osäkra. Mellan 1 och 2 procent av pojkarna och 0 och 1 procent av flickorna i årskurs 9 uppger att de någon gång har använt dopningsmedel. Utredningen har skattat antalet frekventa användare av dopningsmedel till 10 000. Användningen är i princip begränsad till yngre män. Det finns dock vissa uppgifter som indikerar att användningen av dopningsmedel skulle var mer utbredd, bland annat vissa arbetsplatsundersökningar samt polisens testresultat från personer misstänkta för rattfylleri.

Tidigare förekom användning av dopningsmedel i princip endast inom elitidrotten. I dag förefaller användningen förekomma även i andra grupper, bland så kallade esteter och våldsverkare.

Begränsningar i vårdutbudet

Ansvar för behandling av dopningsmedelsmissbruk är i dag inte lagreglerat, men får i praktiken anses falla på landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Detta är en konsekvens av att målgruppen har omfattande medicinska vårdbehov till följd av de somatiska och psykiska skador som användning av dopningsmedel kan medföra, bland annat hormonella förändringar och sjukdomar i hjärta och kärl. I komplicerade fall krävs tillgång till utrednings- och behandlingsresurser inom den specialiserade vården.

Utredningens kartläggning visar att utbudet av behandling är mycket begränsat. Det är endast på några få ställen i landet som det finns specifika mottagningar eller vårdprogram för personer med dopningsmedelsmissbruk, bland annat i Göteborg och Örebro. I den mån vård och behandling överhuvudtaget finns på andra platser är den integrerad med annan vård.

Utveckling av specifika insatser

Mot bakgrund av att missbruk av dopningsmedel är ett problem som kan befaras öka, att kunskapen om risker och skadeverkningar på sikt ökar, samt att utbudet av behandlings- och stödinsatser i

dag är mycket begränsat, anser utredningen att det bör utvecklas specifik vård för målgruppen.

Utredningens förslag i kapitel 4 att lagreglera landstingets ansvar för behandling av personer med missbruk av dopningsmedel tydliggör det ansvar landstingen i någon mån i praktiken axlar. Landstingens ansvar blir än tydligare med utredningens förslag att samla behandlingsansvaret för missbruk och beroende hos landstinget. När det gäller förebyggande insatser och tidig upptäckt finns ett tydligt ansvar hos idrottsrörelsen och de företag som bedriver träningsanläggningar.

Utredningen anser att det inom varje landsting bör finnas en verksamhet till vilken personer med missbruk av dopningsmedel kan hänvisas för utredning och behandling. Denna verksamhet bör utöver beroendekompetens även förfoga över kompetens inom invärtesmedicin eller endokrinologi. Inom varje sjukvårdsregion bör det på sikt finnas en verksamhet till vilken komplicerade fall kan hänvisas.

Utredningens förslag i avsnitt 6.3.4 om att inrätta ett nationella kompetenscentrum för behandling av dopningsmedelsmissbruk syftar till att stödja landstingens utveckling av specifik kunskapsbaserad vård.

5.3 Andra särskilda målgrupper

5.3.1 Barn och ungdomar

Utredningens bedömning: Utbudet av kunskapsbaserade insatser för barn- och ungdomar med missbruk eller beroende eller samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom är inom många kommuner och landsting otillfredsställande och måste förbättras.

Kommunerna och landstinget bör tillsammans tillhandahålla ett lokalt basutbud av behandlings- och stödinsatser. I varje landsting bör det finnas möjlighet att hänvisa komplicerade fall för utredning och behandling till den specialiserade vården.

Utredningens förslag: Samverkan mellan landstingen och kommunerna kring integrerade lokala basverksamheter och regionala specialiserade verksamheter för barn och ungdomar med missbruk eller beroende ska främjas genom ett särskilt statligt stimulansbidrag.

Nationella riktlinjer för vård och behandling av målgruppen ska utarbetas av Socialstyrelsen.

En utsatt grupp, med specifika behov

Uppgifterna om förekomsten av missbruk och beroende bland ungdomar i Sverige är begränsad. Intensivkonsumtion av alkohol är enligt tillgängliga undersökningar vanligast i åldern 18–25 år. Även experimentell användning av narkotika och dopningsmedel är vanligast bland unga.

Alkohol- och drogmissbruk hos ungdomar är relaterat till psykisk ohälsa och riskbeteenden såsom våldsamt och kriminellt beteende, skolmisslyckanden och riskabelt sexuellt beteende. Användandet av alkohol och andra droger har också starka samband med ett antal psykiska störningar hos unga. Det hävdas till och med att ungdomar med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom utgör normen, inte en undergrupp, bland ungdomar med missbruk eller beroende. Enligt en svensk studie av ungdomar med missbruk eller beroende hade 80 procent trotssyndrom eller uppförandestörning, 54 procent depression och 33 procent ångest.

Av den kartläggning utredningen låtit göra av ungdomar och missbruk framgår att det under de senaste 20 åren har det skett en snabb kunskapsutveckling inom området (jfr kapitel 23). I dag är den dominerande uppfattningen att barn och ungdomar inte kan betraktas och behandlas som vuxna. Exempel på skillnader mellan barn och ungdomar respektive vuxna gäller missbruksmönster, samsjuklighet, familjesituation, mottaglighet för social påverkan, konsekvenser av missbruk och möjlighet att tillgodogöra sig behandling.

Missbruk hos unga kan i många fall ses som en signal på en problematik inom andra livsområden. Ibland är det familjeförhållandena som sviktar, ibland är det skolsituationen som är fel, ibland är det faktorer hos den unge som behöver uppmärksammas och bli föremål för insatser efter utredning. Det kan i de senare fallen röra sig om ångest- eller depressionstillstånd, eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, till exempel ADHD.

Det är också viktigt att förebygga missbruk bland barn och ungdomar för att förhindra ohälsa, kriminalitet, utanförskap och annan social problematik.

Brist på vissa kvalificerade insatser

Utredningens kartläggning visar att vårdbehoven hos barn och ungdomar måste mötas med målgruppspecifika insatser. De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården gäller inte barn och ungdomar.

Merparten av forskningen inom området har fokuserat familje-baserade interventioner, men även vissa individuella och grupp-baserade behandlingsmodeller är utforskade. Det finns ett antal metoder med vetenskapligt dokumenterad effekt vid behandling av barn och ungdomar med missbruk eller beroende. Trots begränsat vetenskapligt stöd har även läkemedelsbehandling börjat integreras i program för psykosocial behandling av barn och ungdomar.

De behandlingsmetoder som har vetenskapligt dokumenterad effekt använd endast i begränsad utsträckning i Sverige. Vården är i stället i hög grad erfarenhetsbaserad. Insatsmässigt dominerar olika psykosociala insatser.

Nuvarande ansvar och verksamhet

Kommunerna har genom ansvaret för barn- och ungdomsvård enligt SoL ett särskilt ansvar för vård och behandling av barn och ungdomar med missbruk eller beroende. I många kommuner finns också en betydande barn- och ungdomsvård. Verksamhets- och insatsmässigt är variationerna stora. I större kommuner finns ofta särskilda enheter, till exempel ungdomsmottagningar som ofta drivs i samverkan med landstingets primärvård, men dessa saknar i de allra flesta fall särskild missbruks- och beroendekompetens.

Åldersmässigt varierar målgruppen, ibland är den 0–20 år, ibland 0–25 år, ibland 15–25 år, etc. Personalen består i första hand av socionomer eller socialsekreterare med viss fortbildning för uppdraget, till exempel i motiverande samtal, återfallsprevention och kognitiv beteendeterapi. Insatserna består av psykosociala behandlings- och stödinsatser, eftersom kommunen normalt inte kan förmedla vård av läkare. Där verksamheten bedrivs i samverkan med landstinget finns möjlighet att komplettera med vissa medicinska insatser, till exempel genom sjuksköterska eller barnmorska. Inriktningen på verksamheterna varierar, men den fokuserar ofta psykisk ohälsa, relationsproblem och sexualrådgivning. Utredningens uppgifter visar att den sällan omfattar missbruk och beroende.

Inom hälso- och sjukvården får barn- och ungdomar med missbruk eller beroende viss behandling, men i vilken verksamhet varierar mellan olika landsting. Det kan ske inom den allmänna vården, vuxenpsykiatrien eller den specialiserade beroendevården. Däremot sker det sällan inom barn- och ungdomspsykiatrien, vilken i flera avseenden är den naturliga ansvariga verksamheten. Det är också utredningens uppfattning att barn- och ungdomspsykiatrien sedan HSL trädde i kraft har kommit att ta ett allt mindre ansvar för barn och ungdomar med missbruk eller beroende.

Flertalet landsting anser också att kommunen har ansvaret för behandling av barn och ungdomar och att landstingets ansvar är begränsat till kompletterande insatser för att hantera psykiska och somatiska konsekvenser av missbruket eller beroendet. På några platser finns ett mer utvecklat samarbete mellan landstingens specialiserade beroendevård och socialtjänsten rörande barn och ungdomar med missbruksproblem, till exempel Maria ungdom i Stockholm.

Den begränsade tillgången till resurser för utredning och behandling inom den specialiserade hälso- och sjukvården utgör en allvarlig brist som måste åtgärdas.

Kommunerna och landstinget bör tillhandahålla ett basutbud

Mot bakgrund av att barn och ungdomar har specifika vårdbehov och att vårdutbudet i dag brister anser utredningen att det bör utvecklas fler specifika verksamheter och insatser för målgruppen.

Utredningens förslag att samla behandlingsansvaret för personer med missbruk eller beroende hos landstinget, vilket inte har någon åldersmässig begränsning, bör bidra till att förbättra tillgången på medicinsk kompetens för utredning och behandling av barn och ungdomar med missbruk eller beroende. Detta ska inte uppfattas som en begränsning av kommunens särskilda ansvar för barn- och ungdomsvård, men socialtjänstens insatser ska i första hand omfatta uppsökande verksamhet, tidig identifikation och intervention samt ett brett spektrum av stödinsatser.

Utredningen anser att det bör utvecklas ett lokalt basutbud av insatser för barn och ungdomar. För basutbudet av insatser på lokal nivå är det önskvärt med samverkan och integrerade verksamheter mellan kommun och landsting.

Organisatoriskt kan detta hanteras på olika sätt. Mindre kommuner kan till exempel samarbeta kring en gemensam ungdomsmottagning, vilken landstinget kompletterar med sjuksköterska och läkare på konsultbasis. Större kommuner kan till exempel samverka med landstingets specialiserade beroendevård.

Basverksamheterna för barn och ungdomar med missbruk eller beroende bör inte tillämpa någon åldersmässig nedre tröskel och taket bör vara flexibelt omkring 25 år.

Komplicerade fall bör hänvisas till specialiserad vård

I varje landsting bör det finnas möjlighet att hänvisa komplicerade fall till utredning och behandling i specialiserad vård. Den specialiserade vård som riktar sig till barn och ungdomar med missbruk eller beroende bör på regional nivå vara differentierad och omfatta: (i) öppen och sluten vård, (ii) akut och planerad vård, (iii) tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, utredning och behandling, samt (iv) basutbud av högspecialiserad vård.

Kompetensmässigt bör den specialiserade vården vara bemannad med läkare med kompetens i beroende och barnpsykiatri, sjuksköterskor, psykologer, psykoterapeuter och omvårdnadspersonal. Den bör också förfoga över den kompetens som krävs för neuropsykiatrisk utredning.

Organisatoriskt kan den specialiserade vården för barn och ungdomar med missbruk eller beroende byggas upp på olika sätt. Det kan med fördel ske genom att beroendevården för vuxna kompletteras med resurser för vård av barn och ungdomar, till exempel enligt den modell som finns inom Beroendecentrum Stockholm med Maria ungdom. Det kan ske genom att allmänpsykiatrin för vuxna kompletteras med resurser för vård av barn och ungdomar med missbruk eller beroende. Det kan också ske genom att barn- och ungdomspsykiatrin kompletteras med resurser för vård av olika missbruks- och beroendetillstånd.

Det är upp till varje enskilt landsting att välja hur verksamheten för barn och ungdomar med missbruk eller beroende ska organiseras.

Utredningen vill dock betona att barn- och ungdomspsykiatrin, till skillnad från i dag, tar ett tydligare och mer aktivt ansvar för utredning och behandling av barn och ungdomar med missbruk

eller beroende. Det finns flera skäl som understryker vikten av detta.

Barn och ungdomar har i väsentliga avseenden andra vårdbehov än vuxna, vilket kan göra det svårt att anpassa vuxenverksamheter för barn och ungdomar. Det kan också finnas risker att gemensamt vårda barn och ungdomar som nyligen debuterat i missbruk eller beroende med vuxna personer som haft ett etablerat missbruk eller beroende under många år. Det enskilt viktigaste skälet som talar för att utgå från barn- och ungdomspsykiatri är dock den utbredda samsjukligheten mellan missbruk och beroende och annan psykisk sjukdom bland unga, bland annat depression och ångest, antisocial problematik och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (ADHD), och att en effektiv vård förutsätter samtidig behandling av både missbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen.

Även om barn- och ungdomspsykiatriens ansvar begränsas till att gälla utredning och behandling av samsjuklighet mellan missbruk och beroende och annan psykisk sjukdom skulle det avsevärt förbättra utbudet av insatser. I dag hänvisas dessa patienter ofta till socialtjänsten. Målgruppens storlek är svår att uppskatta, men det är belagt att det finns en ökad risk för missbruk i barn- och ungdomspsykiatriens dominerande patientgrupper: depressions- och ångesttillstånd. Det har också dokumenteras att det finns en ökad förekomst av missbruk bland personer med uppförandestörning eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Utredningen ser det som sannolikt att åtminstone 20 procent av patienterna också har ett missbruk, vilket ofta förblir obehandlat.

Bättre kunskap om effektiva insatser

Utredningen anser vidare att det finns ett behov av bättre kunskap om effektiva behandlings- och stödinsatser för barn och ungdomar med missbruk eller beroende. En genomgång av den internationella forskningen visar att det finns insatser med vetenskapligt dokumenterad effekt. Den svenska forskningen är begränsad.

I dag saknas nationella riktlinjer för vård och behandling av barn och unga med missbruk eller beroende. Utredningen anser att nationella riktlinjer bör utarbetas som ett stöd för kommuner och landsting och yrkesverksamma inom vården.

Utredningens förslag att inrätta ett särskilt institut för behandlingsforskning syftar till att bidra till kunskapsuppbyggnaden om

behandling av olika missbruks- och beroendetillstånd, inklusive av olika målgruppspecifika insatser, till exempel för barn och ungdomar.

Dessutom har utredningen föreslagit att det ska inrättas en forskarskola med inriktning mot att genom tidig upptäckt och kort intervention förhindra att riskbruk bland barn och ungdomar övergår i mer etablerat missbruk eller beroende.

Statligt bidrag för utveckling av basverksamhet

Utredningen anser mot bakgrund av problembilden att samverkan mellan kommuner och landsting i form av integrerade basverksamheter för barn och ungdomar med missbruk eller beroende är viktigt att få till stånd. Därtill är det angeläget att utveckla specialiserade verksamheter. För att stimulera en sådan utveckling föreslås ett särskilt statligt bidrag. Utredningen bedömer det som rimligt att avsätta 250 miljoner kronor för att utveckla ett åttiotal basverksamheter och ett tjugotal specialiserade verksamheter i samverkan mellan kommuner och landsting.

5.3.2 Barn i familjer med missbruksproblem

<p>Utredningens bedömning: Kommunerna bör utveckla de psykosociala stödinsatserna för barn i familjer med missbruksproblem.</p>
--

Utvecklat stöd för barn i familjer med missbruk

Kunskapen om hur många barn som lever i familjer med missbruksproblem är osäkra. Enligt en kartläggning som genomförts av Folkhälsoinstitutet har 16 procent av papporna och 8 procent av mammorna riskabel alkoholkonsumtion. Detta innebär att cirka 385 000 barn lever i en familj med minst en förälder med riskabel konsumtion. Alla dessa barn far givetvis inte illa. De cirka 25 000 föräldrar som har vårdats inom hälso- och sjukvården för alkohol- eller narkotikadiagnos utgör en mer riskabel grupp.

Det är viktigt att ge barn och unga som växer upp i familjer med missbruk stöd så tidigt som möjligt. Försenad utveckling av

motorik och språk, aggressivitet, humörsvängningar, inåtvändhet, trotsigt beteende, hyperaktivitet och ängslighet kan vara symptom hos barnet på missbruk i familjen.

Flera verksamheter bör arbeta med att identifiera barn i familjer med missbruk och vid behov intervensera, bland annat skolan, socialtjänsten, mödra- och barnhälsovården samt barn- och ungdomspsykiatrien.

Det saknas i dag enligt Socialstyrelsens nyligen publicerade vägledning tillförlitlig kunskap om vilka metoder för stöd till barn i familjer med missbruksproblem som har effekt. Det saknas också svenska och nordiska studier. Exempel på möjliga insatser är stödgruppsverksamheter, enskilt samtalsstöd, kontaktperson och kontaktfamilj, socialpedagogisk insats, skolsocial insats, riktad dagverksamhet, kvalificerat nätverksarbete och föräldrastöd.

Under 2008 deltog cirka 2 800 barn i någon kommunal verksamhet riktad till den aktuella målgruppen. Detta motsvarar drygt 10 procent av barnen med föräldrar som vårdats för alkohol- eller narkotikadiagnos. Nuvarande stödverksamhet förefaller inte vara attraktiv.

Utredningen anser att kommunerna bör utveckla stödinsatser för barn i familjer med missbruk. Detta är också i linje med den nya bestämmelsen i HSL om stöd till barn.

5.3.3 Gravida kvinnor

Utredningens förslag: Landstingen ska i programmen för tidig upptäckt och kort intervention inom primärvården tydliggöra mödra- och barnhälsovårdens ansvar för att identifiera riskbruk och ge stöd och motiverande samtal för att den riskabla konsumtionen ska upphöra, vid behov kunna hänvisa kvinnor med missbruk eller beroende till mödrahälsovård med särskild missbruks- och beroendekompetens, samt erbjuda frivillig längre uppföljning av barnet inom barnhälsovården.

Skador av alkohol- och drogkonsumtion under graviditet

Utredningen har i kapitel 2 och 23 konstaterat att alkohol- och drogkonsumtion under graviditeten kan orsaka skador på det ofödda barnet, men att kunskapen är begränsad om förekomsten av skador i Sverige.

Begränsningar i vårdutbudet

Mödrahälsovården och barnhälsovården har en central roll i arbetet med att förebygga att riskbruk, missbruk och beroende leder till skador på det ofödda barnet. Inom mödrahälsovården är arbetet med tidig identifikation och intervention jämförelsevis väl utvecklat, men det finns likväl stora variationer mellan olika landsting och mellan verksamheter inom ett landsting

Specialiserad vård för gravida kvinnor med missbruk eller beroende finns på ett högst begränsat antal platser, bland annat i Gävle, Göteborg, Malmö och Stockholm. På de olika orterna skiljer verksamhetens mål och målgrupp, organisation och bemanning samt utbud av insatser. Endast i Göteborg finns ett särskilt team med sjuksköterska och barnläkare för uppföljning av barnet.

Utveckling av specialiserade insatser

Utredningen har i kapitel 2 föreslagit att landstingen i programmen för tidig identifikation och intervention inom primärvården ska tydliggöra mödra- och barnhälsovårdens ansvar för att identifiera riskbruk och ge stöd och motiverande samtal för att den riskabla konsumtionen ska upphöra.

Vidare har utredningen föreslagit att kvinnor med missbruk eller beroende vid behov ska kunna hänvisas till mödrahälsovård med särskild kompetens om missbruk och beroende. Den särskilda kompetensen kan organiseras på olika sätt, till exempel genom att uppmuntra barnmorskor till vidareutbildning i beroende.

Dessutom har utredningen föreslagit att modern ska erbjudas frivillig uppföljning av barnet inom barnhälsovården. Uppföljningen bör pågå under en längre tid, helst fram till skolstarten.

Dessa förslag bör bidra till att landstingen utvecklar fler målgruppspecifika insatser för gravida kvinnor med riskbruk, missbruk eller beroende.

5.3.4 Personer med funktionsnedsättning

Utredningens bedömning: Landstingen och kommunerna bör vidta de åtgärder som krävs för att personer med olika former av funktionsnedsättning ska kunna ta del av det ordinarie utbudet av behandlings- och stödinsatser för personer med missbruk eller beroende. Det kan i vissa fall föreligga ett behov av att utveckla specifika insatser för personer med en viss typ av funktionsnedsättning.

Nationella vägledningar för vård och behandling bör utformas som ett stöd till huvudmän och yrkesverksamma och en hemsida bör utvecklas som ett stöd för enskilda som en hjälp till självhjälp.

Heterogen grupp med begränsad tillgänglighet

Med funktionsnedsättning avses en partiell eller total begränsning av en psykisk eller fysisk förmåga. Det finns flera olika former av funktionsnedsättningar, till exempel läs- och skrivsvårigheter, tal- och språksvårigheter, hörsel- och synnedsättningar, kognitiva nedsättningar och rörelsehinder.

Kunskapen om förekomsten av funktionsnedsättningar i den svenska befolkningen är förhållandevis begränsad. Den nationella folkhälsoenkäten ger en viss vägledning. Enligt resultaten från nämnda undersökning har 10 procent hörselnedsättning, 4 procent synnedsättning och 8 procent rörelsehinder i den svenska befolkningen mellan 16 och 84 år.

Kunskapen om förekomsten av missbruk och beroende bland personer med funktionsnedsättning är än mer begränsad. Det finns inte några studier som visar att missbruk och beroende av alkohol och droger skulle förekomma mer sällan bland personer med funktionsnedsättning än andra. Olika nedsättningar är av mycket olika karaktär. Mycket tyder också på att förekomsten av missbruk och beroende kan variera mellan personer med olika typer av funktionsnedsättningar, likväl som mellan olika åldersgrupper bland personer med en viss funktionsnedsättning.

Forskningen om behandling av personer med funktionsnedsättning och missbruk och beroende är begränsad, såväl nationellt som internationellt. Enligt den kartläggning utredningen låtit göra finns inte några randomiserade behandlingsstudier.

Däremot finns det studier som visar att personer med funktionsnedsättning har sämre tillgänglighet till behandling.

Möjlighet att ta del av ordinarie insatser

Vården måste möta vissa specifika behov hos personer med funktionsnedsättning för att vara effektiv. Personer med funktionsnedsättning utgör en mycket heterogen grupp, varför de specifika behoven varierar inom gruppen.

Kommunerna har enligt LSS ett särskilt ansvar för vården av personer med svår funktionsnedsättning. Utredningens förslag att samla behandlingsansvaret hos landstinget tydliggör landstingets ansvar för behandling av personer med missbruk eller beroende, vilket underlättar för kommunerna att uppfylla uppdraget enligt LSS.

Utredningen anser att personer med funktionsnedsättning i första hand ska ta del av det ordinarie vårdutbudet för personer med missbruk eller beroende. Detta ställer krav på landsting och kommuner att vidta de åtgärder som krävs för att personer med funktionsnedsättning på ett fullvärdigt sätt ska kunna ta del av det ordinarie utbudet av insatser. I första hand gäller detta landstingens behandlingsverksamhet.

Optimering av tillgängligheten till verksamheten kan ske på olika sätt och via olika kanaler, till exempel genom att via den organiserade handikapprörelsen sprida information och genom att säkerställa att de verksamheter som vänder sig till personer med missbruk eller beroende har tillgång till de hjälpmedel och den tolkservice, etc. som kan behövas för att personer med funktionsnedsättning ska kunna delta.

Bättre kunskap om vårdbehov och insatser

Utredningens kartläggning visar att det finns ett påtagligt behov av att utveckla och sprida kunskapen om hur särskilda behov vid olika typer av funktionsnedsättning ska bemötas och hanteras inom vården.

Med hänvisning till den begränsade kunskapen lokalt menar utredningen att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att som ett stöd till huvudmän och yrkesverksamma utforma vägledningar för

identifikation samt vård och behandling av personer med olika funktionsnedsättningar. Personer med utvecklingsstörning samt syn- eller hörselnedsättning bör prioriteras.

Utredningen anser också att det bör utvecklas en nationell hemsida som ett stöd för enskilda till hjälp till självhjälp. Folkhälsoinstitutet eller Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utveckla hemsidan.

När kunskapen byggs upp om vårdbehoven hos och effektiv behandling för olika grupper av personer med funktionsnedsättning och missbruk eller beroende kan det vara motiverat att utveckla vissa målgrupps-specifika insatser, till exempel för personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Det är enligt utredningens mening också angeläget att långsiktigt bygga upp kunskapen inom området. Utredningens förslag om att inrätta ett särskilt institut för behandlingsforskning syftar till att bidra till kunskapsuppbyggnaden om behandling av olika missbruks- och beroendetillstånd, inklusive olika målgrupps-specifika insatser, till exempel för personer funktionsnedsättning.

I den nationella undersökning som utredningen föreslagit ska genomföras av Folkhälsoinstitutet bör det inkluderas frågor som gör det möjligt att kartlägga alkohol- och drogvanorna hos personer med olika former av funktionsnedsättning.

5.3.5 Äldre personer

Utredningens förslag: Kommunerna ska i programmen för tidig upptäckt och kort intervention inom socialtjänsten tydliggöra äldreomsorgens ansvar för att identifiera och motverka riskabel alkoholkonsumtion.

Fler äldre med missbruksproblem

Äldre personer konsumerar alkohol i princip lika ofta som yngre, men intensiv och riskabel konsumtion är mindre vanlig bland äldre. Flertalet personer som utvecklar missbruk eller beroende är yngre, men det finns också en inte obetydlig grupp som utvecklar problem först i hög ålder. Den mer utbredda konsumtionen av alkohol bland äldre kommer sannolikt att innebära att fler har en

riskabel konsumtion och att fler äldre utvecklar missbruk eller beroende.

Vid behov av behandling av missbruk eller beroende av alkohol används samma insatser för äldre som för yngre. Internationellt finns dock exempel på särskilda behandlingsprogram för äldre.

Utveckling av specifika insatser

Utredningen anser mot denna bakgrund att det bör utvecklas målgruppspecifika strategier för att identifiera och tidigt uppmärksamma riskbruk bland äldre personer. Detta bör främjas av utredningens förslag att kommunerna i programmen för tidig upptäckt och kort intervention inom socialtjänsten ska tydliggöra äldreomsorgens ansvar för att identifiera och motverka riskabel alkoholkonsumtion. Primärvården möter ett stort antal äldre patienter och dessa ska självklart på samma sätt som yngre vårdsökande uppmärksammas på riskabla vanor.

5.4 Kön och etnicitet

5.4.1 Kvinnor och män

Utredningens bedömning: De etablerade behandlings- och stödinsatserna vid missbruk eller beroende möter generellt vårdbehoven hos både män och kvinnor. I vissa fall kan det föreligga ett behov av könsspecifika insatser, framförallt för kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp eller fysiskt våld.

Minskade skillnader mellan kvinnor och män

Missbruk och beroende är vanligare bland män än kvinnor. Bland dem som vårdas för missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika är cirka 70 procent män och 30 procent kvinnor. Dopningsmedelsmissbruk förekommer i princip endast bland yngre män. Missbruk och beroende av läkemedel förefaller, till skillnad från andra former av missbruk och beroende, vara vanligare bland kvinnor. Det finns också indikationer på att skillnaderna i alkohol- och droganvändningen mellan män och kvinnor har minskat över

tid, vilket på sikt sannolikt också kommer att innebära en utjämning av förekomsten av missbruk och beroende och behovet av vård.

Utredningen har analyserat vårdbehoven för män och kvinnor med missbruksproblem. Det hävdas ibland att vården inte möter kvinnors behov, eftersom den i första hand är utformad för män som utgör flertalet av klienterna och patienterna. Flertalet behandlingsstudier inkluderar även en majoritet av män. I utredningens kartläggningar har det inte kunnat beläggas att män och kvinnor generellt har distinkt olika vårdbehov. Däremot finns det stöd för att könsspecifik behandling kan ha ett mervärde för vissa kvinnor med missbruksproblem, framförallt kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp eller fysiskt våld.

Begränsningar i vårdutbudet

Utredningens kartläggningar visar också att det finns ett visst utbud av könsspecifik behandling i både slutna och öppna vård. Trenden förefaller dock vara att användningen av könsspecifik behandling har minskat något över tid, till exempel i form av vistelse vid HVB med särskild inriktning.

Inte heller förefaller det finnas några betydande skillnader i tillgången till vård. Det finns vissa indikationer på att kvinnor i större utsträckning vårdas för missbruk eller beroende, till exempel är kvinnor överrepresenterade i tvångsvården enligt LVM jämfört med hur stor andelen kvinnor är av dem med allvarliga missbruksproblem.

Normalisering, men vissa könsspecifika insatser

Utredningen anser att kvinnor och män normalt ska erbjudas samma utbud av behandlings- och stödinsatser. Målsättningen ska vara att missbruks- och beroendevården individualiseras utifrån den enskildes behov, vare sig den som har behovet av vård är man eller kvinna.

För vissa grupper av kvinnor kan det dock finnas ett mervärde med könsspecifik behandling, bland annat gravida kvinnor samt kvinnor utsatta för sexuella övergrepp eller fysiskt våld. Könsspecifik behandling kan sannolikt ha ett mervärde när det gäller till exempel psykosocial behandling vid HVB. Däremot finns det

enligt utredningens bedömning inte några skäl att anta att det skulle finnas ett mervärde med könsspecifik läkemedelsbehandling.

5.4.2 Personer med utländsk bakgrund

Utredningens bedömning: Landstingen och kommunerna bör vidta åtgärder för att personer med utländsk bakgrund ska kunna ta del av ordinarie behandlings- och stödinsatser för personer med missbruk eller beroende.

Etnicitet och missbruk

Användningen av alkohol och droger varierar mycket mellan olika etniska grupper. Inom vissa grupper är användningen låg. Inom andra grupper är den hög. Det finns också vissa droger som är vanligare i vissa kulturer. Generellt gäller att användningen av alkohol och andra droger är lägre bland personer som är födda utanför Europa jämfört med personer födda i Sverige och övriga Norden.

Utredningen har analyserat vårdbehoven och tillgången på vård för personer med utländsk bakgrund. Kunskapen inom detta område är mycket begränsad. Men likväl står det klart att det finns olika alkohol- och drogvänor i olika kulturer och att det inom vården finns språkliga och kulturella barriärer som måste överkommas för att skapa förutsättningar för ett bra bemötande och en ändamålsenlig vård och behandling.

Särskilda förhållanden som är viktiga att ta hänsyn till är bland annat att det i vissa grupper av personer med utländsk bakgrund är vanligt med traumatiska upplevelser av krig, förföljelse och katastrofer. Detta medför en ökad samsjuklighet med posttraumatiskt stressyndrom som missbruks- och beroendevården måste kunna identifiera och hantera. Även den obalans i rollerna i en familj som kan uppstå när en familj invandrar bör beaktas.

Begränsningar i vårdutbudet

Vård ska som huvudregel inte organiseras utifrån etnisk eller kulturell tillhörighet. Däremot måste vården hantera kulturella och språkliga barriärer för att tillgängliggöra vården för alla. Psykosociala behandlings- och stödinsatser är mer beroende av kulturell kontext och gemensamt språk än olika former av läkemedelsbehandling.

Kunskapen om vårdbehov och tillgänglighetsbarriärer i den svenska vården för personer med utländsk bakgrund är högst begränsad. Ideella organisationer såsom Svenskar och invandrare mot narkotika (SIMON) är viktiga samrådsparter när det gäller att tydliggöra vårdbehov och utveckla vården.

Tillgängliggörande av ordinarie insatser

Utredningen anser att landstingen och kommunerna bör vidta de åtgärder som krävs för att personer med utländsk bakgrund ska kunna ta del av det ordinarie utbudet av behandlings- och stödinsatser för personer med missbruk eller beroende. Konkret kan det handla om att ha informationsmaterial på olika språk och tolkhjälp. I vissa länder kan det också anses vara viktigt att involvera hela familjen.

Vidare anser utredningen att det är angeläget att öka kunskapen om vårdbehov och tillgänglighetsbarriärer för personer med utländsk bakgrund. Utredningens förslag att inrätta ett särskilt institut för behandlingsforskning syftar till att bidra till kunskapsuppbyggnaden om behandling av olika missbruks- och beroendetillstånd, inklusive olika målgruppsspecifika insatser, till exempel för personer med utländsk bakgrund. Den nya kunskapen bör spridas genom vägledningar.

5.5 Läkemedelsbehandling av beroendesjukdomar

<p>Utredningens bedömning: Läkemedelsbehandling av beroendetillstånd är en underutnyttjad strategi inom den svenska missbruks- och beroendevården.</p>

De landvinningar som gjorts inom missbruks- och beroendevården under senare tid består bland annat i utvecklingen av läkemedelsbehandling av olika beroendetillstånd. Fram till början av 1990-talet fanns det bara två läkemedel mot beroendetillstånd, disulfiram (Antabus) för behandling av alkoholberoende och metadon (Metadon) för behandling av opioidberoende. Under de två senaste decennierna har antalet i Sverige godkända läkemedel för behandling av beroendetillstånd ökat. Två läkemedel mot alkoholberoende, akamprosat och naltrexon, godkändes 1996 respektive år 2000. Buprenorfin (Subutex) för behandling vid opioidberoende (huvudsakligen heroinberoende) blev godkänt år 2000, senare har kombinationen buprenorfin och naloxon (Suboxone) godkänts. Utredningens kartläggningar visar också att det pågår utveckling av nya läkemedel för såväl ovan nämnda som andra beroendetillstånd.

Läkemedelsbehandling av beroendetillstånd bör vanligen kombineras med psykosociala insatser. All behandling med läkemedel förutsätter att patienten informeras om förutsedda verkningar, biverkningar, och eventuella interaktioner med andra läkemedel eller substanser samt att behandlingens resultat följs upp. Substitutionsbehandling med metadon och buprenorfin doseras individuellt, vilket ställer krav på tät uppföljning, särskilt när behandlingen inleds.

Läkemedelsbehandling kräver tillgång till läkare för bedömning, ordination och uppföljning. I många fall förutsätter läkemedelsbehandling även tillgång till sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal för att administrera läkemedlet, ge stöd och motivera patienten att genomföra behandlingen.

När det gäller läkemedelsbehandling av alkoholberoende finns inte några särskilda krav. Den hanteras som läkemedelsbehandling av andra sjukdomstillstånd.

Läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende omgärdas däremot av särskilda krav. Staten har tidigare bland annat definierat det maximala antalet personer i behandling. Detta tak är numera avlägsnat. I dag regleras läkemedelsbehandling vid opiatberoende särskilt genom ett bemyndigande till Socialstyrelsen att utföra föreskrifter, vilket myndigheten också gjort i form av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.

Den utveckling som skett av läkemedelsbehandling har endast i relativt begränsad omfattning fått genomslag i den svenska missbruks- och beroendevården. Utredningen bedömer att vård-

behoven i befolkningen väsentligt överstiger tillgången på läkemedelsbehandling både när det gäller alkoholberoende och opiatberoende. Även i ett internationellt perspektiv används läkemedelsbehandling i liten utsträckning i Sverige.

Utredningen anser mot denna bakgrund att läkemedelsbehandling bör erbjudas personer med alkoholberoende och opiatberoende i större omfattning än i dag. Detta är viktigt för att uppnå målet om en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård och minska de hälsomässiga skadorna. Ökad användning av läkemedelsbehandling kan också bidra till att göra vården mer kostnadseffektiv.

5.5.1 Mer läkemedelsbehandling vid alkoholberoende

Utredningens bedömning: Personer med alkoholberoende erbjuds läkemedelsbehandling i allt för begränsad omfattning.

Flera läkemedel har evidens

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården konstateras att det finns evidens för läkemedelsbehandling av alkoholberoende. Akamprosat (Campral) och naltrexon (Naltrexon) har effekt, särskilt om läkemedelsbehandlingen kombineras med medicinsk rådgivning, stöd och noggranna medicinska uppföljningar. Behandling av personer med alkoholberoende bedrivs med fördel som en kombination av läkemedelsbehandling och samtidig psykosocial stödinsats eller psykosocial behandling. Disulfiram (Antabus) har effekt när läkemedlet intas under överinseende av en annan person, företrädesvis en behandlare. Om behandlingen ger god effekt bör den, enligt de nationella riktlinjerna, pågå minst sex till tolv månader. Eftersom beroende kan vara ett livslångt tillstånd kan det också bli aktuellt med nya behandlingsperioder.

I Läkemedelsverkets gällande behandlingsrekommendationer sägs att disulfiram, akamprosat och naltrexon alla har en plats i terapin. De har god säkerhetsprofil, saknar beroendepotential och har begränsade biverkningar. Vidare sägs att samtliga preparat kan användas vid behandling av alkoholberoende generellt inom hälso- och sjukvården i kombination medicinsk rådgivning och stöd. Tillgång till specialistkompetens inom psykiatri och beroendevård

är en fördel, men behandlingen kan även genomföras inom primärvården.

I en kunskapsbaserad vård är läkemedelsbehandling av alkoholberoende sålunda en naturlig och viktig komponent.

Läkemedlen används i begränsad omfattning

I den svenska befolkningen är mellan 4 och 5 procent alkoholberoende. Enligt utredningens skattningar motsvarar detta cirka 330 000 personer. Enligt 2009 års försäljningsstatistik hämtade knappt 19 000 personer ut minst en definierad daglig dygnsdos (DDD) under minst 90 dagar av något av de tre läkemedlen som har evidens för behandling av alkoholberoende. Antabus som i första hand syftar till att minska risken för återfall utgjorde 76 procent medan de övriga läkemedlen som kan minska sug och konsumtion utgjorde 24 procent. Det ska också noteras att Antabus inte alltid förskrivs via recept utan förmedlas efter rekvisition till läkemedelsförråd, vilket kan innebära att antalet behandlade är något fler än vad som framgår av receptstatistiken. Det finns också stora skillnader mellan olika landsting, vilka inte endast kan avspegla skillnader i vårdbehov.

Även om det finns kontraindikationer för vissa personer med alkoholberoende, till exempel leversvikt eller allergi, eller andra skäl till att inte behandla med läkemedel, till exempel att psykosocial behandling är tillräcklig eller att patienten inte önskar läkemedelsbehandling, visar detta att användningen i dag inte möter vårdbehoven.

Att läkemedelsbehandling vid alkoholberoende är underutnyttjad finner också stöd vid en jämförelse med förskrivningen av läkemedel mot depression. Drygt 612 000 personer hämtade 2009 ut något av preparaten godkända för depressionsbehandling motsvarande minst en DDD under minst 90 dagar. Visserligen har dessa läkemedel fler indikationer, men ångest- och depressionsjukdomarna är definitivt inte 32 gånger vanligare än alkoholberoende. Dessutom finns en betydande samsjuklighet mellan beroendesjukdomarna och ångest och depression.

Det finns också uppgifter som indikerar att det finns en betydande efterfrågan på behandling vid alkoholberoende, som vården i dag inte möter. År 2004 och 2006 annonserade svenska forskare efter deltagare i studier om behandling av alkohol-

beroende. Vid båda tillfällena anmälde på kort tid många fler intresse än antalet platser i studien. Av deltagarna hade nästan 60 procent aldrig tidigare fått någon vård eller behandling för alkoholproblem.

Det finns därmed flera förhållanden som talar för att behandlingen med läkemedel inte möter behoven hos personer med alkoholberoende.

Insatser för att underlätta läkemedelsbehandling

Det finns flera orsaker till att läkemedelsbehandling av alkoholberoende är underutnyttjad. En orsak är att läkemedelsbehandling endast kan meddelas av läkare och att kommuner enligt HSL inte har rätt att meddela läkarvård. Detta innebär en begränsning i landstingsområden i vilka missbruks- och beroendevården är traditionellt organiserad med socialtjänsten som bas. En annan orsak är att missbruks- och beroendevården inte är attraktiv för många socialt etablerade personer med alkoholberoende. Enligt en nyligen genomförd svensk studie vill nio av tio med alkoholproblem helst söka hjälp inom hälso- och sjukvården. En ytterligare orsak är att primärvården inte alltid anser att det ingår uppdraget att behandla personer med alkoholberoende, även i okomplicerade fall, ofta med hänvisning behandling av missbruk och beroende är socialtjänstens ansvar. Utredningen har också noterat att inslagen om beroendelära och behandling av beroendetillstånd är jämförelsevis begränsad i bland annat läkarutbildningen.

Utredningens utgångspunkt är att bedömningen av vårdbehov och lämplig behandling är en uppgift för den behandlingsansvarige i samråd med patienten. Flera av utredningens förslag syftar till att skapa förutsättningar för att läkemedelbehandling av alkoholberoende ska underlättas.

Det samlade behandlingsansvaret hos landstinget innebär att tillgången på läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, och därigenom möjligheten att förskriva läkemedel, förbättras jämfört dagens ordning med ansvaret för behandling inom socialtjänsten. Det samlade ansvaret för behandling inom hälso- och sjukvården skapar också förutsättningar för att fler socialt etablerade personer med alkoholberoende ska finna missbruks- och beroendevården attraktiv och söka hjälp.

Vidare har utredningen föreslagit att landstingen ska upprätta lokala vårdprogram för primärvårdens insatser för personer med riskbruk, missbruk eller beroende. I dessa program bör ansvaret för läkemedelsbehandling tydliggöras.

Utredningen har även föreslagit att olika insatser för att höja kompetensen om missbruk och beroende och behandling av dessa tillstånd för centrala yrkesgrupper inom missbruks- och beroendevården, bland annat läkare, sjuksköterskor, psykologer och socio-nomer. Detta bör bidra till ökad medvetenhet om och användning av evidensbaserade läkemedelsbehandlingar vid alkoholberoende.

5.5.2 Läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende

Utredningens förslag: Läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende ska genom regeländring möjliggöras som ett behandlingsalternativ i hela landet. Behandlingen ska normalt kombineras med psykosociala behandlings- och stödinsatser. I den tvärprofessionella utredningen ska behandlingsalternativ både med och utan läkemedel prövas och den enskildes önskemål beaktas. Samtidigt ska kraven på vårdgivarna att dokumentera och följa upp behandlingen skärpas.

Behandlingen ska alltid inledas och avslutas av läkare med specialistkompetens i psykiatri vid enhet som anmälts att bedriva behandlingen, men allmänläkare med särskild kompetens ska kunna fortsätta behandlingen.

Målgruppen för behandlingen ska utvidgas till att omfatta såväl personer med opiat- som opioidberoende.

Behandlingen ska vara möjlig att förbereda och inleda inom kriminalvården och tvångsvård enligt LVM.

Ofrivillig utskrivning och återinskrivning i behandlingen ska endast ske av medicinska skäl.

Vårdgivarna ska ha en skyldighet att rapportera information om samtliga patienter som genomgår behandlingen till ett nationellt vårdregister.

Socialstyrelsen eller annan myndighet ska ges i uppdrag att anpassa de föreskrifter som reglerar behandlingen i enlighet med utredningens förslag.

Minskat missbruk, minskad dödlighet, bättre livskvalitet

För opiatberoende finns i dag tre godkända läkemedel: Metadon, Subutex och Suboxone. De aktuella läkemedlen blockerar de aktuella receptorerna i det centrala nervsystemet (så kallade agonister), vilket ska minska abstinensreaktionerna och drogsuget. Därav den ibland använda benämningen agonistbehandling. Ibland används även benämningen substitutionsläkemedel, vilken har sin grund i behandlingsstrategin att ersätta (substituera) den illegala drogen med ett läkemedel med liknande verkan. De aktuella läkemedlen kan även användas för smärtlindring och för akut abstinensbehandling.

De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården berör inte läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Där emot visar den kunskapsöversikt som Socialstyrelsen tidigare utarbetat i samband med framtagandet av föreskrifterna för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende att det finns evidens för att behandling av personer med opiatberoende. Behandling med Metadon, Subutex och Suboxone har positiva effekter i form av minskat missbruk, minskad dödlighet och förbättrad livskvalitet. Läkemedelsbehandling framstår som särskilt viktig för de aktuella beroendetillstånden så länge tillgängliga psykosociala behandlingar fortsätter uppvisa blygsamma resultat.

Utredningens egna kartläggningar, vilka redovisas i kapitel 14 och forskningsbilagan, styrker och kompletterar denna bild.

Risker för den enskilde, vården och det omgivande samhället

Läkemedelsassisterad behandling medför också vissa risker såväl för den enskilde som för det omgivande samhället.

För den enskilde patienten finns vid överkonsumtion eller drogkonsumtion parallellt med behandlingen risken för förgiftningar och överdoser. De farmakologiska egenskaperna hos Subutex och Suboxone ska innebära en minskad risk för förgiftning och överdos jämfört med Metadon.

Läkemedelsassisterad behandling reser också etiska frågor. Behandlingen är vanligen mycket långvarig. Samtidigt finns också risker med att avbryta behandlingen, bland annat en förhöjd risk för dödsfall genom överdos. Detta innebär att beslutet att inleda behandlingen måste fattas med stor omsorg. Denna etiska fråga

aktualiseras särskilt när det gäller beslut om att inleda behandling av unga personer.

Naturligtvis kan också en behandling som ersätter en illegal drog med en legal substans med likartad verkan uppfattas som principiellt mindre önskvärd. I detta sammanhang ska noteras att hälso- och sjukvårdens uppgift är att bota, och när detta inte är möjligt, att lindra och minimera skador och obehag.

Läkemedelsassisterad behandling är långvarig vilket innebär att det totala antalet inskrivna patienter successivt ökar när nya patienter inleder behandling. För en enskild klinik eller mottagning är konsekvensen att allt mer resurser binds upp för att fortsätta pågående behandlingar. Det medför en risk att läkemedelsassisterad behandling tränger undan andra behandlingsalternativ. Mot detta ska ställas de allvarliga hälsomässiga skador och sociala problem som följer av opiatmissbruk. Utredningen menar att de positiva effekter för individen och samhället som följer av läkemedelsbehandling av opiatberoende vida överstiger kostnaderna, till exempel ökad arbetsförmåga och minskad kriminalitet.

För det omgivande samhället finns en risk för att det sker ett läckage av läkemedel från programmen (så kallad diversion). Det förekommer primärt missbruk av de använda preparaten och de har ett högt värde på den illegala drogmarknaden. Risken för läckage beror på hur behandlingen är organiserad. Utredningen har inte kunnat belägga att det skulle förkomma något betydande läckage från programmen för läkemedelsassisterad behandling i Sverige. Däremot förekommer illegal import och handel.

Bristande tillägg

Det saknas rikstäckande statistik om antalet personer som genomgår läkemedelsassisterad behandling i Sverige. År 2009 hämtade dock drygt 4 600 personer ut recept på de tre aktuella preparaten motsvarande minst en DDD under minst 90 dagar. Alla dessa personer behandlas dock inte för beroendetillstånd. Metadon används även som starkt smärtstillande läkemedel, till exempel vid svår cancersmärta. Läkemedelanvändningen ska ställas i relation till att antalet personer med problematisk narkotikaanvändning (tungt missbruk) i Sverige nyligen har skattats till cirka 29 5000. Utifrån tidigare undersökningar kan antas att minst 10 000 är beroende av opiater eller opioider, främst i form av heroin. Detta indikerar en

täckningsgrad på uppskattningsvis mellan 30 och 40 procent av den potentiella målgruppen.

Kartläggningar visar också att tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling varierar såväl mellan olika landstingsområden som geografiskt inom ett och samma landstingsområde. På flera håll är väntetiderna till läkemedelsassisterad behandling långa.

I internationell jämförelse framstår täckningsgraden i Sverige som låg. I Norge uppgick vid årsskiftet 2009/10 antalet patienter i aktiv behandling till totalt 5383, vilket bedöms motsvara en täckningsgrad på drygt 70 procent av målgruppen. Utredningens kontakter med andra länder förstärker bilden av att den svenska användningen av läkemedelsassisterad behandling har varit mer restriktiv med konsekvensen att täckningsgraden är lägre i Sverige än i flertalet jämförbara länder. I detta sammanhang ska dock noteras att användningen av läkemedelsbaserad behandling successivt har ökat i Sverige.

Utredningen anser mot denna bakgrund att användningen av läkemedelsassisterad behandling inte möter vårdbehoven i Sverige.

Behovet av förbättrad tillgänglighet

I Sverige finns i dag 40 års erfarenhet av läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende. Behandlingen har alltid kringgårdats av särskilda regler, vilka genomsyrats av restriktivitet och försiktighet. Det har också varit en bärande idé att läkemedelsbehandlingen ska utgöra ett komplement till andra, psykosociala behandlings- och stödinsatser, därav benämningen läkemedelsassisterad behandling (eller läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO)).

Utredningen anser, efter att ha beaktat dels evidensen, dels riskerna för den enskilde, vården och det omgivande samhället och dels den bristande tillgängligheten, att det föreligger ett behov av att förbättra tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Samtidigt finns det mot bakgrund av riskerna skäl att särskilt reglera behandlingen. Detta ställningstagande grundar sig också på den analys utredningen gjort av tillämpningen av läkemedelsassisterad behandling i ett antal jämförbara länder, främst Australien, Danmark, Frankrike och Norge.

Utredningen anser följaktligen att Socialstyrelsens gällande föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsas-

sisterad behandling vid opiatberoende bör revideras på ett antal punkter för att möjliggöra detta.

Inledd behandling ska kunna fortsättas av allmänläkare

Föreskrifterna om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende begränsar den krets som har rätt att ordinera behandlingen. I 3 kap. 1 § sägs att behandlingen endast får bedrivas vid en sjukvårdsinrättning som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. I 4 kap. 1 § sägs att behandlingen får ordinerats till patient efter beslut av läkare med specialistkompetens i psykiatri som är verksam vid sjukvårdsinrättning som ger sådan behandling.

Dessa krav på inrättning och läkarens kompetens minskar tillgängligheten till behandling. I exempelvis Norra sjukvårdsregionen, som utgör cirka en fjärdedel av landets yta, finns enligt uppgifter till utredningen endast fyra läkare med specialistkompetens i psykiatri och med inriktning mot läkemedelsassisterad behandling och beroendemedicin.

Internationell forskning indikerar att läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende med framgång kan bedrivas inom primärvården. I kapitel 11 i utredningens forskningsbilaga redovisas forskningsresultat från bland annat tre studier som undersökt effekterna av var förskrivningen sker. Resultaten styrker att behandling med buprenorfin kan påbörjas i primärvården av distriktsläkare med viss kompletterande utbildning. Två av studierna visar att behandling med metadon av stabilt inställda patienter kan överföras till primärvården. Den tredje studien visar att det är både möjligt och effektivt att genomföra abstinensvård och inleda fortsatt behandling av patienter med heroinberoende inom primärvården.

I detta sammanhang ska också noteras att de norska riktlinjerna för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende reserverar besluten om in- och eventuell utskrivning från programmen till den specialiserade missbruks- och beroendesjukvården, men ger möjlighet att inleda och fortsätta programmets medicinska del inom såväl primärvården som den specialiserade vården. Enligt riktlinjerna bör behandlingen för personer med sidomissbruk och andra riskbeteenden inledas i slutenvård.

Utredningen anser att tiden är mogen att ändra gällande föreskrifter och föreslår att förfarandet med ordination ändras i syfte

att förbättra tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende i hela landet. Utredning och beslut om att ordinera behandling respektive avsluta behandling samt dosering bör även framgent kräva läkare med specialistkompetens i psykiatri. Detta gäller även beslut om eventuell utskrivning från behandlingsprogrammet. Beslut om att inleda behandling ska föregås av tvärprofessionell utredning (se kapitel 4). Allmänläkare som genomgått en särskild kortare utbildning bör dock ha möjlighet att svara för den löpande behandlingen.

Inte bara beroende av heroin, opium eller morfin

Enligt 1 kap. 2 § avses med opiatberoende beroende som framkallas av heroin, opium eller morfin. Det innebär att läkemedelsassisterad behandling strikt tolkat inte kan ges för snarlika beroendetillstånd som framkallas av opioider.

Klinisk erfarenhet visar att även personer som utvecklat beroende av smärtstillande medel av opioidtyp kan ha nytta av behandlingen. Primärt beroende av buprenorfin är i dag en realitet. Preparatet smugglas in i landet och det förekommer antagligen även ett visst läckage från de svenska behandlingsprogrammen. Exempel på opioidbaserade läkemedel som handlas på drogmarknaden är smärtstillande läkemedel som innehåller morfin samt kodein, oxikodon och tramadol.

Utredningen anser att läkemedelsassisterad behandling ska kunna ordinerars vid både beroende av opiater och opioider. Det har framförts vissa teoretiska, farmakologiska invändningar mot läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Men mot bakgrund av att den kliniska erfarenheten talar för att behandlingen fungerar på likartat sätt för opioidberoende som för opiatberoende personer, samt att det saknas alternativ behandling för personer med opioidberoende, anser utredningen att det ska vara möjligt att ordinera läkemedelsassisterad behandling även vid opioidberoende.

Behandling inom kriminalvården

Föreskrifterna ger formellt möjlighet att ordinera läkemedelsassisterad behandling för klienter inom kriminalvården, men i praktiken sker detta i mycket begränsad omfattning. Behandling

bedrivs i dag endast försöksvis och vid ett fåtal anstalter. I detta sammanhang ska noteras att många klienter har missbruks- och beroendeproblem och att kriminalvården möter en stor andel av målgruppen för läkemedelsassisterad behandling.

Det finns flera orsaker till den begränsade användningen av läkemedelsassisterad behandling inom kriminalvården. I dag är det normalt hemlandstinget som ansvarar för att tillhandahålla läkemedelsassisterad behandling för kriminalvårdens klienter. Om väntetiden till läkemedelsassisterad behandling på bostadsorten är lång kan det vara orimligt att inleda behandling inom kriminalvården om den bedöms inte kunna fortsätta i hemlandstinget. Den begränsade användningen av behandlingen kan också orsakas av traditioner inom kriminalvården.

Det finns internationell evidens för att klienter inom kriminalvården har mycket att vinna på behandling. I kapitel 11 i utredningens forskningsbilaga redovisas tre randomiserade kontrollerade studier som styrker att behandling med de aktuella läkemedlen har en viktig funktion att fylla i rehabiliteringen av heroinberoende klienter i fängelsesystemen i USA och Australien. Utredningen menar också att vistelsen inom kriminalvården ger goda möjligheter att ställa in och upprätthålla läkemedelsbehandling genom att klienten vistas på anstalt eller under vissa förutsättningar på HVB. För narkotikarelaterad brottslighet är det ofta långa strafftider vilket ger tid för att utreda, bedöma och ställa in preparat och dos. Givetvis ska läkemedelsassisterad behandling i likhet med annan hälso- och sjukvård vara frivillig, även för klienter inom kriminalvården.

Utredningen anser att föreskrifterna ska revideras i syfte att tydliggöra att behandling kan inledas och fortsätta inom kriminalvården utifrån samma förutsättningar som för andra medborgare och patienter.

Behandling vid tvångsvård enligt LVM

I 4 kap. 3 § tredje punkten sägs att läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende inte får ges om en patient vårdas enligt LVM. Detta utgör dock inget hinder mot att planeringen av behandlingen kan inledas.

Utredningens utgångspunkt är att användningen av tvångsvård ställer särskilda krav på att bästa tillgängliga behandling erbjuds. De

klienter som i dag vårdas enligt LVM har ofta allvarliga beroende-
problem och sociala problem, inte sällan i kombination med
samtidig psykisk eller somatisk sjukdom. Det är sålunda en grupp
som har särskilt stora vårdbehov. Det är också klienter som
exponeras för extrema risker på grund av missbruket.

Inom ramen för tvångsvård enligt LVM finns också ovanligt
goda möjligheter att ställa in och upprätthålla läkemedelsbehand-
ling genom att klienten vistas i slutna vård. Genom att inleda
behandling inom tvångsvården minskar också risken för återfall
och vidhängande risk för överdos vid övergången till vård med
samtycke. En invändning som framförts är att läkemedelsbehand-
ling kan inverka negativt på vårdmiljön på behandlingshemmen.
Denna invändning ska dock inte tas till intäkt för att undandra
evidensbaserade behandlingar från klienter med särskilt stora
vårdbehov.

Utredningen anser mot denna bakgrund att föreskrifterna ska
revideras i syfte att möjliggöra läkemedelsassisterad behandling av
opioidberoende inom tvångsvården. Detta är för övrigt också i
överensstämmelse med bland annat de norska riktlinjerna. I detta
sammenhang ska noteras att behandling av exempelvis beroende
eller annan psykisk sjukdom inte kan utföras utan samtycke inom
ramen för LVM. Detta kan endast ske inom ramen för vård enligt
LPT. I anslutning till förslaget om att reformera tvångsvården har
utredningen också redovisat uppfattningen att behandling av
beroende, förutom abstinensvård, bör ske med den enskildes
samtycke.

Ofrivillig utskrivning och återinskrivning av medicinska skäl

I 4 kap. 3 § andra punkten sägs att läkemedelsassisterad behandling
vid opiatberoende inte får ges om en patient har uteslutits från
sådan behandling under de senaste tre månaderna. Detta utgör
dock inget hinder för att ge behandlingen om det finns särskilda
medicinska skäl att återuppta behandlingen.

Forskning visar att ofrivillig utskrivning från och spärrtid för
återinträde i program för läkemedelsassisterad behandling medför
betydande risker för patienten. I kapitel 11 i utredningens forsk-
ningsbilaga redovisas svensk forskning som visar att patienter som
skrivs ut från behandlingsprogram har en högre dödlighet än
patienter som inte deltagit i program. Många återvänder inte till en

andra behandlingsperiod, utan fortsätter med samma destruktiva livsstil som innan behandlingen.

I överensstämmelse med denna kunskap understryks i de norska riktlinjerna för läkemedelsassisterad behandling vikten av att minimera ofrivillig utskrivning. Användning av spärrtid ska inte förekomma.

Utredningen anser därför att föreskrifterna bör revideras i syfte att tydliggöra att ofrivillig utskrivning och återinskrivning endast ska ske av medicinska skäl. Detta innebär att beslut om inskrivning, utskrivning och återinskrivning ska grundas på patientens behov av behandling och patientsäkerheten i behandlingens genomförande.

Detta innebär också en förstärkt skyldighet för vårdgivaren att vidta åtgärder för att patienterna ska kunna kvarstanna i behandling, även vid misskötsel, till exempel i form av så kallat sidomissbruk. Exempelvis kan vårdgivaren ordna utlämningen av läkemedel på ett sätt som underlättar hanteringen för patienten. I vissa fall kan det även vara ett alternativ att erbjuda slutenvård vid HVB.

Nationellt vårdregister

Det är angeläget att det finns aktuell och komplett information om vilka personer som ordineras läkemedelsassisterad behandling för att kunna följa förloppen och utveckla systematisk kunskap om behandlingsprogrammets effekter utifrån medicinska, sociala och samhällsliga perspektiv.

I dag finns det inte någon heltäckande nationell statistik. Metadonregistret administrerades av Socialstyrelsen mellan 1998 och 2004. Registret omfattade personer som varit aktuella inom något av de dåvarande programmen för metadonbehandling i Sverige (Uppsala, Stockholm, Lund, Malmö, Helsingborg och Göteborg). När registret avvecklades fanns det 858 patienter i de sex programmen. Av patienterna var cirka 30 procent kvinnor och 70 procent män, och medelåldern 44 år.

Utredningen anser att det ska inrättas ett nationellt vårdregister för läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende. De vårdgivare som tillhandahåller behandlingen ska vara skyldiga att dokumentera och rapportera relevanta uppgifter om patienterna och behandlingen till registret. Registerskyldigheten är även obligatorisk för den enskilde som väljer att delta i behandlingen.

Behandling med heroin

I ett antal länder finns möjlighet till behandling med heroin för patienter vars vårdbehov inte möts av andra läkemedelsassisterade behandlingar vid opiatberoende, bland annat i Danmark, Nederländerna och Schweiz. I Norge har en utredning föreslagit att det ska inledas försöksverksamhet med heroinbehandling.

Internationellt har det publicerats några studier som indikerar att behandling med heroin kan ha vissa positiva effekter. Totalt sett är dock kunskapen om effekterna av heroinbehandling förhållandevis begränsad.

Utredningen bedömer att det inte är aktuellt införa behandling med heroin för patienter vars vårdbehov inte möts av tillgänglig läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Först bör den fulla potentialen hos de befintliga behandlingarna frigöras, innan det kan bli aktuellt att överhuvudtaget överväga möjlighet till heroinbehandling i Sverige. Det är också lämpligt att avvakta erfarenheterna från Danmark och Norge. De första rapporterna från Danmark indikerar bland annat att behandlingen är mycket kostsam och att det är svårt att nå den tänkta målgruppen för behandlingen.

Konsekvens

Utredningens förslag till att förändra regleringen av läkemedelsassisterad behandling ska ge en mer jämlik tillgång på behandlingen i hela landet samt underlätta och möjliggöra behandling inom kriminalvården respektive tvångsvården. Uppskattningsvis kan täckningsgraden i den mycket riskutsatta målgruppen därigenom öka från dagens 30 till 40 procent till 60 procent. Även denna nivå framstår som moderat i jämförelse med andra progressiva välfärdsstater.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att dels revidera gällande föreskrifter och allmänna råd (SOFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende i syfte att förbättra tillgängligheten till behandling, dels upprätta en nationell vård-databas för läkemedelsassisterad behandling och dels utveckla en utbildning för allmänläkare som ska administrera den löpande behandlingen. Allt detta i enlighet med utredningens förslag.

5.6 Sprututbytesverksamhet

Utredningens förslag: Sprututbytesverksamhet vid injektionsmissbruk ska vara tillgängligt i hela landet där det föreligger ett behov av sådan verksamhet i syfte att minska riskbeteende och smittspridning, samt motivera personer med injektionsmissbruk till behandling.

Landstingen ska självständigt kunna ansöka om tillstånd för att bedriva sprututbytesverksamhet.

Personer som vistas i ett landsting med sprututbytesverksamhet ska kunna delta i verksamheten.

Sprutor eller kanyler ska normalt kunna lämnas till personer med dokumenterat injektionsmissbruk från 18 års ålder.

5.6.1 Evidens och internationella rekommendationer

Injektionsmissbruk av droger innebär den största risken för blodsmitta av hiv och hepatiter i vårt land. Smittan sprids mellan personer med injektionsmissbruk genom att sprutor, kanyler eller andra tillbehör återanvänds och delas. Det finns även en ökad risk för bakterieinfektioner som kan medföra besvärliga lokala eller ibland livshotande systeminfektioner i form av blodförgiftning, om orena verktyg används.

För att motverka den hiv-epidemi som utbröt bland personer med injektionsmissbruk av droger startades på 1980-talet sprututbytes- eller sprututdelningsprogram i olika former i flera länder inklusive Sverige.

Den genomgång av den internationella forskningen som utredningen låtit göra, och som ingår i forskningsbilagan *Missbruket, Kunskapen, Vården* (kapitel 16), visar att det finns evidens för att sprututbytesverksamhet leder till minskat riskbeteende och tentativ evidens för att verksamheten leder till minskad spridning av hiv. Det har inte kunna styrkas eller avstyrkas att sprututbytesverksamhet leder till minskad spridning av hepatit C. Den ofta uttalade farhågan att sprututbytesverksamhet skulle leda till ökat missbruk har inte kunnat beläggas.

Denna bedömning av evidensläget överensstämmer med andra aktuella internationella bedömningar, till exempel den som 2010 publicerades av Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN).

De svenska erfarenheterna av sprutbytesverksamheterna i Lund och Malmö är också positiva. Någon endemisk smittspridning av hiv har aldrig etablerats bland personer som injicerar narkotika i Skåne och nysmitta av hiv har i princip upphört. Verksamheterna ger unika möjligheter till regelbunden testning, rådgivning och information och fungerar som ett tidigt varningssystem för hiv.

Genom vaccinationsprogram mot hepatit B i sprututbytesverksamheternas regi har en hög vaccinationstäckningsgrad uppnåtts bland deltagarna och spridningen av hepatit B genom injektionsmissbruk har i princip helt upphört i Malmö och Lund. Spridning av hepatit C förekommer fortfarande, även inom den grupp personer som deltar i verksamheterna. Det finns dock indikationer på att sprututbytesverksamhet även leder till minskad spridning av hepatit C, bland annat enligt 2010 års rapport om verksamheten i Malmö.

I några av de svenska studierna har sprututbytesverksamheternas betydelse för att motivera deltagarna till behandling av beroendet understrukits. Många av deltagarna har också genomgått behandling.

Med hänvisning till det rådande kunskapsläget har flera internationella organ rekommenderat sprututbytesprogram som en effektiv metod för att minska spridningen av hiv och hepatit, bland annat ECNN, WHO och FN:s hiv-program UNAIDS. Även i EU:s gemensamma drogstrategi rekommenderas insatser för att förebygga och begränsa hälsomässiga skador av drogmissbruk. I Sverige har myndigheterna Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Folkhälsoinstitutet rekommenderat sprututbytesverksamhet som en insats för att minska riskbeteende, spridning av hiv och hepatiter samt motivera till frivillig behandling.

I dag finns sprututbytesprogram i totalt 77 länder varav i 31 av 33 länder i Europa. De enda länder i Europa som i dag inte har sprututbytesprogram är Island och Turkiet. Den första formella sprututbytesverksamheten etablerades 1984 i Nederländerna. I Sverige startades sprututbytesverksamhet vid infektionskliniker i Lund 1986 och Malmö 1987. År 2010 startades även en sprututbytesverksamhet i Helsingborg. I övriga landet saknas i dag sprututbytesverksamhet, även om och förberedande beslut tagits på sina håll.

När det gäller möjligheten för personer med injektionsmissbruk att införskaffa rena verktyg ska det också noteras att Sverige är det enda land i Europa där det i praktiken är förbjudet att utan av

sjukvården eller läkare sanktionerade rekvisitioner, eller för visst yrkesbruk, försälja sprutor och kanyler genom apotek.

Mot denna bakgrund anser utredningen att sprututbytesprogram vid injektionsmissbruk bör göras mer tillgängligt i hela landet i syfte att minska riskbeteende och smittspridning, samt för att motivera till behandling av missbruket eller beroendet.

5.6.2 Nuvarande lagstiftning

Fram till 2006 bedrevs sprututbytesverksamhet som försöksverksamheter och inga andra verksamheter tilläts starta i Sverige.

Sedan 1 juli 2006 ger lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler alla landsting möjlighet att bedriva sprututbytesverksamhet efter det att tillstånd meddelats av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har utfärdat kompletterande föreskrifter (SOF2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika med anvisningar om ansökningsförfarande, krav på bemanning, kvalitet och rutiner, dokumentation och återrapportering.

Det primära målet med sprututbytesverksamhet enligt lagstiftningen är att förebygga spridning av hiv och andra smittsamma sjukdomar. Verksamheten ska också arbeta med rådgivande samtal i samband med testning i syfte att motivera deltagarna till att genomgå frivillig behandling av missbruket eller beroendet. Därför ställs krav på att det ska finnas såväl infektionsmedicinsk som beroendemedicinsk och psykosocial kompetens hos personalen. Vidare föreskrivs att sprututbytesverksamhet endast får bedrivas i samverkan med landstingets infektionsmedicinska eller beroendemedicinska verksamhet.

Nedan redovisar utredningen angelägna förändringar av den gällande lagstiftningen för att göra sprututbytesverksamhet mer tillgänglig i hela landet. I övrigt har utredningen inte funnit det behövligt att revidera lagstiftningen.

5.6.3 Landstingen ska självständigt kunna ansöka om tillstånd

I lagen om utbyte av sprutor och kanyler stipuleras i 2 § första stycket att sprututbytesverksamhet endast får bedrivas av ett landsting inom ramen för dess hälso- och sjukvård och sedan

Socialstyrelsen har meddelat tillstånd för verksamheten. I andra stycket föreskrivs att tillstånd får meddelas endast om den eller de kommuner där verksamheten ska bedrivas har biträtt ansökan. Vidare föreskrivs i 3 § första stycket att samråd ska ske mellan landstinget och samtliga kommuner i landstingsområdet innan en ansökan inges.

Sprututbytesverksamhet är i första hand, enligt utredningens mening, att betrakta som en smittskyddsåtgärd. Landstinget har enligt smittskyddslagen (2004:168) ett ansvar för att förebygga och förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Mot denna bakgrund är det naturligt att sprututbytesverksamhet i likhet med andra smittskyddsåtgärder är ett ansvar för landstinget.

Samtidigt vill utredningen understryka att ett viktigt syfte med sprututbytesverksamhet även är att motivera till behandling. Sprututbytesverksamhet bör därför ingå som en av flera olika komponenter i vården för personer med missbruk eller beroende. Andra viktiga komponenter är abstinensvård, behandling och psykosocialt stöd. Vidare är det viktigt att den enskilda sprututbytesverksamheten har adekvata resurser för att ge stöd och motivera till behandling.

Utredningen vill i detta sammanhang understryka att förslaget att samla ansvaret för behandling av personer med missbruk eller beroende hos landstinget underlättar samordningen av sprututbytesverksamhet med såväl smittskyddsåtgärder som behandling av missbruk eller beroende.

Utredningen anser att en välordnad och adekvat utformad sprututbytesverksamhet sänder en positiv signal till personer som injicerar droger. Budskapet är att hälso- och sjukvården har insett vilka betydande individuella hälsorisker och risker ur smittskyddssynpunkt som injektionsmissbruk innebär, och att hälso- och sjukvården är beredd att vidta åtgärder för att reducera dessa risker. Sprututbytet innebär vidare att sjukvården insett att narkotikaberoende inte försvinner via ett förnekande av att missbruket förekommer, utan att vården är beredd att erbjuda både tillfällig och mer långsiktig hjälp på brukarnas villkor. Däremot signalerar inte hälso- och sjukvården genom att bedriva sprututbytesverksamhet uppgivenhet inför problemet. Hälso- och sjukvården tar avstånd från drogmissbruk, men närmar sig personen som missbrukar droger för att erbjuda hjälp mot drogmissbruk och beroende.

I dag har endast personer bosatta i landstinget i Skåne tillgång till sprututbytesverksamhet. Verksamheterna i Lund och Malmö etablerades, som ovan nämnts, 1986 respektive 1987, och den i Helsingborg 2010. I övriga landet inklusive de två andra storstadsregionerna – Stockholm och Göteborg – saknas följaktligen sprututbytesverksamhet. Detta trots att koncentrationen av injektionsmissbruk och risken för spridning av hiv och hepatiter i princip är lika hög i alla tre storstadsregioner.

Sprututbytesverksamheterna i Sverige omfattar följaktligen också endast en mindre andel av målgruppen. Uppgifterna om antalet personer med injektionsmissbruk i Sverige är mycket osäkra. En konservativ bedömning är att antalet uppgår till cirka 20 000 personer. Denna bedömning utgår från den senaste skattningen att antalet personer med problematiskt (tungt) narkotikamissbruk uppgår till totalt 29 500 och ett antagande baserat på äldre case-finding undersökningar om att minst två av tre personer med tungt missbruk har injicerat droger under det senaste året. Antalet registrerade i sprututbytesprogrammen i Lund och Malmö uppgick 2009 till 227 respektive 877 personer, det vill säga totalt 1 104 personer. Detta motsvarar täckningsgrad på drygt 5 procent av den potentiella målgruppen i Sverige. Internationellt är rekommendationen att sprututbytesverksamheter bör ha en täckningsgrad på cirka 60 procent för att vara effektiva.

Trots att det 2006 infördes en generell möjlighet för landsting att ansöka om tillstånd att bedriva sprututbytesverksamhet har endast en ny verksamhet etablerats, och detta i det enda landstingsområde som redan bedriver sprututbytesverksamhet. Detta avspeglar inte i första hand att andra landsting inte ser ett behov av sprututbytesverksamhet, utan snarare att det har varit svårt att skapa en samsyn mellan landstinget och de berörda kommunerna i landstingsområdet om detta behov. Att landstinget måste söka kommunens samtycke för att bedriva sprututbytesverksamhet är en konsekvens av den nuvarande problematiska ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun, vilken utredningen avser åtgärda bland annat genom att samla behandlingsansvaret hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund av att syftet med sprututbytesverksamhet är att förebygga smittspridning och motivera till behandling anser utredningen att landstinget, i egenskap av ansvarig huvudman för både smittskydd och behandling av personer med missbruk eller beroende, självständigt ska kunna ansöka om tillstånd för att

bedriva sprututbytesverksamhet. Detta innebär att de nuvarande bestämmelserna som stipulerar att berörd kommun ska biträda landstingets ansökan respektive att landstinget ska samråda med samtliga kommuner i landstingsområdet bör utgå.

Syftet med dessa förändringar är att underlätta upprättande av sprututbytesverksamhet i de landsting där det föreligger ett behov av sådan verksamhet. Detta behov är tydligast i landsting med en hög koncentration av injektionsmissbruk, företrädesvis storstadsregionerna. Men eftersom injektionsmissbruk förekommer i hela landet, bör det också vara motiverat att upprätta sprututbytesverksamhet i flera andra landsting.

5.6.4 De som vistas i landstinget ska kunna delta

De villkor som stipuleras för att bedriva sprututbytesverksamhet i lagen om utbyte av sprutor och kanyler begränsar målgruppen för verksamheten. I 6 § fjärde stycket nämnda lag föreskrivs att endast personer som kan anses vara bosatta i ett landsting som av Socialstyrelsen har beviljats tillstånd för att bedriva sprututbytesverksamhet får delta i verksamheten.

Injektionsmissbruk förekommer i hela landet, även om det är vanligare i storstadsregionerna. Det förekommer också att personer som är bosatta i ett landsting under en vistelse i ett annat landsting injicerar narkotika. Personer som injicerar narkotika torde tillhöra en grupp i samhället som i perioder är utomordentligt rörliga, vilket bland annat sammanhänger med att jakten på drogen kan medföra att de tvingas resa runt. Dessutom förekommer att personer med missbruksproblem rör sig över nationsgränser, inte minst mellan de södra och västra delarna av landet och kontinenten respektive Norge.

När personer med injektionsmissbruk rör sig mellan olika landsting eller mellan olika länder finns risken att de för en smittsam sjukdom från en population till en annan. Exempelvis kan en person med hiv, som är bosatt i Köpenhamn, vid ett besök i Malmö sprida en ny hiv-stam i den lokala populationen genom att dela sprutor och kanyler eller andra tillbehör. Sprututbytesverksamhet som är tillgänglig även för dem som endast temporärt vistas i området kan bidra till att minska den risk för smittspridning som följer av geografisk rörlighet.

Mot denna bakgrund anser utredningen att alla personer med injektionsmissbruk som vistas i ett landsting med sprututbytesverksamhet ska kunna delta i verksamheten. Detta innebär att det nuvarande villkoret i lagstiftningen om att personer ska vara bosatta i landstinget för att kunna delta ska ersättas med ett villkor som tydliggör att de som vistas i landstinget ska kunna delta.

5.6.5 Personer från 18 år ska kunna delta

De villkor som stipuleras för utbyte av sprutor och kanyler begränsar även målgruppen för verksamheten i åldersmässiga termer. I 6 § tredje stycket nämnda lag föreskrivs att sprutor och kanyler endast får lämnas ut till den som fyllt 20 år, samt att utlämnande endast får ske vid personligt besök.

Det är givetvis mycket olyckligt om unga personer utvecklar ett injektionsmissbruk med de hälsomässiga och sociala risker och konsekvenser missbruket medför. Tyvärr är det ett faktum att många debuterar i missbruk före sin tjugooårsdag.

Uppgifterna om utbredningen av det intravenösa missbruket av droger i Sverige är, som ovan nämnts, mycket begränsade. Att debuten för injektionsmissbruk ibland sker före 20 års ålder framgår dock av dokumentationen av de klienter som tvångsvårdas enligt LVU. Bland dem som skrevs in på ungdomshem under 2009 hade totalt 9 procent injicerat amfetamin och 5 procent injicerat heroin. När det gäller injektionsmissbruk av amfetamin hade 3 procent debuterat i åldern 12–15 år, 9 procent i åldern 16–17 år och 22 procent i åldern 18–20 år. När det gäller injektionsmissbruk av heroin hade 2 procent debuterat i åldern 12–15 år, 6 procent i åldern 16–17 år och 12 procent i åldern 18–20 år. Injektionsmissbruk är mer än dubbelt så vanligt bland flickor jämfört med pojkar som vårdas enligt LVU.

Även den så kallade baslinjestudie av narkotikamissbruket i Stockholm som genomfördes under 2007 och 2008 visade att debutåldern för injektionsmissbruk i genomsnitt var 19 år bland 720 aktiva injektionsmissbrukare.

Det är bland unga personer som skadebegränsade insatser har störst potential. Detta eftersom sannolikheten är större att missbruket ännu inte hunnit orsaka hälsomässiga och sociala skador, och att det därmed finns bättre möjlighet att förebygga och begränsa utvecklingen av de allvarliga eller kroniska skador som

tenderar att följa av ett fortgående missbruk, och motivera till deltagande i behandling. Inte minst talar erfarenheten att en stor andel personer som är smittade med hepatit C ådragit sig smittan innan de fyllt 20 år för detta. Exempelvis framgår av den senaste årsrapporten från verksamheten i Malmö att mer än 60 procent av de nyregistrerade deltagarna redan är smittade av hepatit C vid det första besöket.

Utredningen har också tagit del av uppgifter från de olika sprututbytesverksamheterna att de ibland tvingas avvisa personer, med ett sedan flera år etablerat injektionsmissbruk, på grund av att de är under 20 år.

Mot denna bakgrund anser utredningen att villkoret om att endast personer som fyllt 20 år ska få delta i sprututbytesverksamheten bör ändras. I stället bör det föreskrivas att alla personer över 18 år med dokumenterat injektionsmissbruk ska kunna delta.

När det gäller unga personer är det av särskilt stor vikt att sprututbytesverksamheten kompletteras med insatser som syftar till att motivera den enskilde till att frivilligt genomgå behandling mot missbruket eller beroendet.

För personer som injicerar narkotika och är under 18 år, men inte frivilligt vill genomgå behandling, är det aktuellt med tvångsvård enligt LVU.

5.6.6 Behovet av en särskild lag

Det faktum att sprututbytesverksamhet regleras genom en särskild lag har också föranlett utredningen att överväga lämpligheten i detta.

Utifrån ett smittskyddsperspektiv vore det enligt utredningens mening att föredra om sprututbytesverksamhet reglerades tillsammans med andra smittskyddsåtgärder i smittskyddslagen. Därigenom skulle det också kunna skapas bättre möjligheter att snabbt upprätta en sprututbytesverksamhet i akuta situationer, till exempel om det skulle utbryta en hiv-epidemi i en lokal missbrukspopulation. I dag förutsätter upprättande av sprututbytesverksamhet att det först fattas politiska beslut i det berörda landstinget och i de berörda kommunerna om lämpligheten av att ansöka om tillstånd, och att Socialstyrelsen sedan meddelar tillstånd.

Det som talar för en särskild lagstiftning är att sprututbytesverksamhet bör ingå som en av flera komponenter i vården för personer med missbruk eller beroende, samt att verksamheten kan medföra vissa negativa effekter för det omgivande samhället. Till exempel finns farhågor om att sprututbytesverksamhet kan bidra till en koncentration av droghandel och drogmissbruk i det område där verksamheten är lokaliserad.

Utredningen anser att de föreslagna förändringarna av lagen om utbyte av sprutor och kanaler tillgodoser behovet av att göra sprututbytesverksamhet mer tillgänglig i hela landet i syfte att minska riskbeteende och smittspridning, samt motivera till behandling. När det finns mer erfarenhet av sprututbytesverksamhet på fler platser kan det dock vara motiverat att pröva frågan om det är lämpligt med en särskild lag eller om verksamheten i stället bör regleras i smittskyddslagen.

5.7 Boende

Utredningens bedömning: Boende är ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och komma från ett missbruk. Kommunerna måste i högre grad prioritera stöd till boende för personer med missbruk eller beroende av alkohol och andra droger.

5.7.1 Utgångspunkter

Boendefrågan är komplex eftersom att den berör såväl socialpolitik i form av frågor om vård, stöd och service och försörjning som bostadspolitik i form av frågor om samhällsplanering, infrastruktur och reglering av hyresmarknaden och subventioner till bostadsbyggande. I det följande berörs några av de socialpolitiska frågorna.

Ur ett socialpolitiskt perspektiv handlar det om att en person ska ha någonstans att bo, att boendet ska fungera för personen, och att personen ska trivas med boendet. I många fall är också ett fungerande boende en förutsättning för andra insatser, till exempel för att en person med missbruk eller beroende kunna genomföra behandling.

Boendestöd och stöd i boende faller inom kommunens ansvar enligt SoL. Det är en uppgift för socialtjänsten som är resurskrävande och innebär mycket arbete.

5.7.2 Evidens och praktiska exempel

Merparten av den jämförelsevis begränsade forskningen om boendelösningar för personer med missbruk eller beroende rör personer som är hemlösa. Utfallsmåtten är vanligen stabilitet i boendet under ett till två år.

Av Socialstyrelsens kartläggningar av hemlösheten i Sverige framgår att hemlöshet och missbruk eller beroende är en vanlig kombination. Även psykisk samsjuklighet förekommer ofta bland hemlösa.

Utredningen har låtit Socialstyrelsen göra en kunskapsöversikt av det vetenskapliga stödet för effekten av olika former av boendestöd. Av kartläggningen framgår att det finns vetenskapligt stöd för att en stabil och permanent bostadssituation kombinerad med individuellt utformat stöd motverkar hemlöshet.

Internationellt har modellen bostad först (housing first) rönt stor uppmärksamhet och utvärderats systematiskt. Den innebär i korthet att den som saknar och önskar bostad erbjuds en bostad. Därefter ges stöd och behandling utifrån behov. Det förutsätts att den enskilde följer de regler som är förenade med att inneha en bostad. Modellen prövas och utvärderas för närvarande även i viss omfattning i Sverige.

I forskningen har bostad först jämförts med modeller som innebär att vård- och stödkontakter först etableras (treatment first) och först därefter erbjuds bostad. Inte sällan är erbjudandet om bostad i dessa modellen förenat med vissa krav på enskilde, till exempel på nykterhet eller behandlingsföljsamhet. Ibland formuleras erbjudandet om egen bostad som det översta steget på en boendetrappa där den enskilde får arbeta sig upp via tillfälliga boendelösningar, övergångskontrakt och slutligen ett eget hyreskontrakt.

Det vetenskapliga underlaget talar för att program som erbjuder kombinationen av bostad och stöd ger något bättre resultat jämfört med enbart stöd- och vårdprogram. Resultaten talar även för att bostad först är bättre än boendetrappstegsmodeller. I de berömda New York-baserade ursprungliga bostad först-programmen hade

omkring 40 procent fler ett stabilt boende efter två år i jämförelse med standardprogrammen. Dessa resultat måste ses som exceptionellt goda, och är svåra att återupprepa.

Även effekterna av villkorade hyreskontrakt har undersökts internationellt. Resultaten är motstridiga. Men en slutsats är att personer med hög grad av utsatthet i form av svårare psykiskt funktionsnedsättning eller tyngre missbruk oftare kan uppnå stabilitet i boendet med hjälp av vissa villkor.

5.7.3 Brist på boende

Den kartläggning utredningen låtit göra av missbruks- och beroendevården i fem län visar att tillgången på boendelösningar för personer med missbruk eller beroende är bristfällig i många kommuner. I första hand gäller detta i större städer och på andra expansiva orter. Ideella organisationer bidrar ofta till att förbättra bostadssituationen för socialt utsatta personer, till exempel Stadsmissionen och Convictus.

Under arbetet har utredningen också konstaterat brister när det gäller kommunernas stöd till boende efter frigivning från kriminalvården eller tvångsvården enligt LVM.

Utredningens kartläggning av olika boendelösningar i ett antal kommuner i västra Sverige förstärker denna bild. Den visar också att olika kommuner arbetar mycket olika med boendestöd och stöd i boende. Vanligt är dock att arbeta enligt principen att först etablera stöd- och behandlingskontakt och därefter erbjuda boendelösning inom ramen för någon form av boendetrappa.

Kommunernas arbete med boendelösningar för personer med missbruk eller beroende förfaller i hög grad vara erfarenhetsbaserat och endast mer indirekt ansluta till de modeller som är vetenskapligt dokumenterade.

5.7.4 Kommunen bör prioritera stöd till boende

Utredningen anser att kommunerna i egenskap av huvudmän för socialtjänsten bör erbjuda fler kunskapsbaserade boendalternativ för personer med missbruk eller beroende i egen regi eller i samarbete med andra. Det är angeläget att ordna ett diversifierat utbud av olika boendalternativ. Det handlar om korttidsboenden

för akuta situationer. Det handlar också om långsiktiga boendelösningar för grupper med särskilda behov, till exempel personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom, kvinnor med missbruksproblem, samt personer med ett mycket långvarigt missbruk som saknar motivation för att delta i behandling.

För personer med långvarigt missbruk och som saknar såväl motivation för behandling som sysselsättning kan ett gemensamt boende med visst psykosocialt stöd och aktivitet vara en lämplig lösning. Utredningen har vid besök i olika kommuner funnit väl fungerande boenden av detta slag, till exempel i Norrköping.

Utredningens förslag att samla ansvaret för behandling av personer med missbruk eller beroende och hos landstinget innebär att kommunens ansvar fokuserar psykosocialt stöd och stöd till boende, sysselsättning och försörjning. Detta bör enligt utredningens mening skapa bättre förutsättningar för kommunerna att utveckla ett mer kunskapsbaserat arbete med boendestöd och stöd i boende.

Forskningen om boende är jämförelsevis begränsad, vilket innebär att dagens arbete i hög grad är erfarenhetsbaserat.

Utvecklingen av en mer kunskapsbaserad praktik inom detta område bör också främjas av utredningens förslag att inrätta ett särskilt institut för forskning om behandling och stöd för personer med olika missbruks- och beroendetillstånd, inklusive olika målgruppspecifika insatser i form av boendestöd och stöd i boende för personer med missbruk eller beroende.

5.8 Sysselsättning

5.8.1 Kommunens aktivitetsåtgärder

Utredningens bedömning: Sysselsättning är ofta en förutsättning för att fullfölja behandling och komma från ett missbruk. Kommunerna måste i högre grad prioritera stöd till sysselsättning för personer med missbruk eller beroende av alkohol och andra droger.

Bristande tillgänglighet

Sysselsättning är en viktig förutsättning för att fullfölja behandling och komma från ett missbruk. Detta illustreras till exempel i det försäkringsmedicinska beslutsstödet enligt vilket personen med missbruk eller beroende helst bör kvarstanna i arbete under behandlingen. Sysslöshet är också en av de viktigaste orsakerna till återfall i missbruk och kriminalitet.

Kommunen och socialtjänsten har enligt SoL ett ansvar för stöd till sysselsättning, främst i form av olika aktiviteter.

Den kartläggning utredningen låtit göra av missbruks- och beroendevården i fem län visar att tillgången på sysselsättning är bristfällig i många kommuner. Det gäller i både befolkningsmässigt stora och små kommuner.

Kommunen bör prioritera sysselsättning

Utredningen anser mot denna bakgrund att kommunerna i högre grad bör prioritera stöd till sysselsättning för personer med missbruk eller beroende. Inte minst är det viktigt med sysselsättning för att förhindra att missbruk bland unga leder till ett långvarigt utanförskap.

6 Bättre kvalitet, kunskap och kompetens

6.1 Auktorisation och kvalitetsregister

Utredningens bedömning: Kunskapen om de insatser som ges och deras effekt måste förbättras för att uppnå målsättningen om en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård.

Utredningen har som en central utgångspunkt att den svenska missbruks- och beroendevården ska vara kunskapsbaserad. Även om det under senare år har skett en positiv utveckling när det gäller innehållet i vården, finns fortfarande stora kvalitetsmässiga brister som riskerar att drabba såväl den enskilde i behov av hjälp som vårdens kostnadseffektivitet.

För att höja kvaliteten på insatserna och öka kunskapen om insatsernas effekt anser utredningen att det bör införas krav på att auktorisera behandlingsinsatser samt att de nationella kvalitetsregistren inom missbruksområdet bör utvecklas och användas i större utsträckning.

6.1.1 Auktorisation

Utredningens förslag: Den behandling av missbruk eller beroende som bedrivs vid hem för vård eller boende (HVB) ska vara auktoriserad.

Auktorisationen ska omfatta krav på att styrka att behandlingen vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet, att personalen har den kompetens som krävs för att bedriva behandlingen, samt att det finns system för att dokumentera behand-

lingen och följa upp behandlingsresultaten. Även ledningens och personalens skötsamhet bör tillmätas vikt

Den ska även omfatta krav på att rapportera vissa uppgifter till den nationella valfrihetsdatabas som enligt utredningens förslag ska upprättas.

Den ska vara ett krav som gäller lika för såväl kommuner och landsting som enskilda som bedriver HVB.

Socialstyrelsen ska utforma föreskrifter som reglerar auktorisationsförfarandet, pröva ansökningar om auktorisation, samt bedriva tillsyn.

När denna auktorisation kommit i tillämpning och erfarenheter vunnits bör den utvidgas till att omfatta också behandling i öppen vård och i den mån behandling förekommer i familjehem.

Betydande kvalitetsproblem i dag

Vistelse i hem för vård eller boende (HVB) är en vanlig insats inom den av socialtjänsten finansierade vården av personer med missbruk eller beroende. HVB används även inom kriminalvården. Med HVB avses yrkesmässigt drivna hem inom socialtjänstens ansvarsområde som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende. I dag finns totalt omkring 400 HVB varav cirka 300 tar emot personer med missbruksproblem. Det saknas uppgifter om hur stor andel av de HVB som tar emot personer med missbruksproblem som bedriver behandling.

HVB är också en jämförelsevis kostsam insats och kommunerna avsätter betydande medel för ändamålet. Kostnaden per dygn är ofta mellan 2 000 och 4 000 kronor och placeringarnas längd ofta från en månad upp till ett halvår, men det finns väsentligt dyrare alternativ och ibland förekommer det också mycket långa vårdtider. En genomsnittlig vistelse kostar uppskattningsvis mellan 200 000 och 400 000 kronor. År 2009 uppgick kommunernas kostnader för HVB inom missbruks- och beroendevården till totalt 2,5 miljarder kronor.

Utredningens kartläggningar och tillsynen av HVB har identifierat olika kvalitetsproblem som ytterst riskerar att drabba den enskilde i behov av vård och behandling. Den behandling som erbjuds vilar i flera fall inte på vetenskap och beprövad erfarenhet. Även om den grundläggande metoden för den behandling som

bedrivs har evidens är variationerna i tillämpningen stora mellan olika HVB. Detta är ett problem eftersom effekten av psykosocial behandling ofta är avhängig att den bedrivs på ett systematiskt och strukturerat sätt. Det förekommer också att behandlingar erbjuds grupper för vilka den inte har vetenskapligt dokumenterad effekt, till exempel att behandling med evidens för alkoholberoende även används för opiatberoende.

Utredningens kartläggningar visar att det vid HVB ofta finns engagerad personal, inte sällan med egen erfarenhet av missbruks- och beroendeproblematik. Men samtidigt är det allt för vanligt att personalen inte har den utbildning och kompetens som krävs för att bedriva den behandling som erbjuds. Det är inte ovanligt att personalen vid HVB saknar specifik utbildning för arbetsuppgifterna. Vissa HVB uppger också att de erbjuder ett betydande antal behandlingar, men det är inte klart om personalen har nödvändig kompetens för de olika behandlingarna.

Uppgifterna om behandlingsresultaten är normalt mycket begränsade. Detta förklaras av att det sällan eller aldrig förefaller ske någon systematisk uppföljning av klienterna efter avslutad behandling.

Dessa kvalitetsproblem har också bekräftats i samband med utredningens besök vid olika HVB och kontakter med såväl representanter för branschen som ansvariga inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården och kriminalvården.

Utredningen anser mot denna bakgrund att det är nödvändigt att vidta åtgärder för att förbättra och säkerställa kvaliteten på den behandling som bedrivs vid HVB. I första hand är detta givetvis viktigt för den enskildes säkerhet. Men det är också viktigt för kommunerna och kriminalvården, och i viss mån landstingen, som använder betydande finansiella resurser för att köpa vård och behandling vid HVB.

Tillstånds- och anmälningsplikten otillräcklig

I SoL och socialtjänstförordningen (2001:937) finns bestämmelser som reglerar HVB.

I 7 kap. 1 § första stycket SoL sägs att ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ inte utan tillstånd av Socialstyrelsen får yrkesmässigt bedriva HVB. I fjärde stycket sägs att kommun och landsting som driver HVB, samt kommun

som genom avtal har överlämnat till enskilda att bedriva sådant hem, ska anmäla denna verksamhet till Socialstyrelsen.

I socialtjänstförordningen definieras vad som avses med HVB och specificeras villkoren för tillstånd och anmälan.

I 3 kap. 1 § sägs att med HVB avses ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende. Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt.

Av 4 kap. 1 § framgår att en ansökan om tillstånd till Socialstyrelsen ska ange vilken verksamhet som ska bedrivas, vem som ska bedriva verksamheten, hur verksamheten ska bedrivas och dess omfattning, för vilka grupper verksamheten är avsedd, hur verksamheten ska finansieras, vem som ska stå för verksamheten, samt verksamhetens personal inklusive dess utbildning och erfarenhet. Därtill ska ritningar över verksamhetens lokaler samt uppgifter om hur brandskyddet är ordnat fogas till ansökan.

Om sökanden är ett bolag, en förening, en samfällighet eller en stiftelse ska sökanden också bifoga bolagsordningen eller stadgarna och uppge vem som har behörighet att företräda bolaget, föreningen, samfälligheten eller stiftelsen.

Vidare framgår att en anmälan till Socialstyrelsen ska innehålla motsvarande uppgifter som en ansökan exklusive information om vilken verksamhet som ska bedrivas respektive hur verksamheten ska finansieras.

I 4 kap. 3 § sägs att Socialstyrelsen ska utfärda ett skriftligt bevis när tillstånd har meddelats. Beviset ska innehålla uppgifter om den juridiska eller fysiska person som ska bedriva verksamheten, för vilken grupp verksamheten är godkänd, det högsta antal personer som samtidigt får vårdas i eller omfattas av verksamheten, vem som ska förestå verksamheten samt övriga villkor för tillståndet.

Vidare framgår av 3 a § att Socialstyrelsen ska bedriva tillsyn över HVB och att myndigheten ska föra register över alla HVB som ett underlag för tillsynsverksamheten.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende finns mer detaljerade regler avseende de som ska vårdas eller behandlas, verksamhetens personal, lokaler, journalföring, behandlingsplan, ansökan om tillstånd samt löpande tillsyn.

Utredningen noterar att verksamheten vid olika HVB kan vara mycket olika till innehåll. Den kan spänna från boendelösningar

med omvårdnadsinslag till kvalificerad behandling i slutenvård. Vidare konstaterar utredningen att de krav som är förknippade med tillstånd och anmälan inte ställer några direkta, specifika kvalitetskrav på behandlingsinsatserna vare sig när det gäller metodik, evidens och effekt för den aktuella målgruppen eller kompetens hos den personal som bedriver behandlingen. Istället fokuserar de nuvarande kraven i första hand på verksamheten och personalens kompetens på en mer övergripande nivå samt vissa lokalmässiga säkerhetsaspekter.

Utredningen anser mot denna bakgrund att nuvarande villkor för tillstånd och anmälan bör kompletteras med villkor som mer direkt syftar till att säkerställa kvaliteten på den behandling som bedrivs.

Auktorisering av behandling utöver tillstånd och anmälan

Utredningen anser mot bakgrund av de konstaterade kvalitetsbristerna att nuvarande villkor för tillstånd och anmälan för HVB är otillräckliga för att säkerställa kvaliteten på den behandling som bedrivs. Det bör införas särskilda kvalitetsvillkor för alla HVB som bedriver behandling.

Utredningen har övervägt två olika alternativ, dels att komplettera de befintliga villkoren i socialtjänstförordningen och dels att införa ett krav på auktorisering utöver gällande tillstånds- och anmälningsplikt.

Det är utredningens bedömning att de nuvarande villkoren i socialtjänstförordningen är tillräckliga för de HVB som erbjuder boende och omvårdnad, men inte för de HVB som bedriver behandling. Det finns ett betydande antal evidensbaserade behandlingar som i dag bedrivs och även i framtiden kan bedrivas vid HVB. Behandlingsutbudet vid ett HVB kan också variera över tid genom beslut om att inte längre erbjuda vissa behandlingar eller att introducera nya behandlingar.

Detta talar, enligt utredningens mening, för en ordning där den grundläggande tillstånds- eller anmälningsplikten som gäller för alla HVB, oavsett inriktning, ska kompletteras med ett krav på auktorisation av behandlingsinsatserna. Med auktorisation avses utredningen ett förfarande för att godkänna varje enskild behandlingsmetod vid de HVB som meddelats tillstånd eller anmälts.

Auktoriseringskravet innebär att den som bedriver ett HVB måste auktorisera varje behandlingsmetod som erbjuds. Genom en auktorisation skapas ett system för kvalitetssäkring av behandlingsinsatserna samtidigt som det skapas en flexibilitet för HVB att auktorisera nya behandlingar utan att hela verksamheten på nytt måste genomgå tillståndsprövning eller anmälas. Auktorisationen skapar också bättre förutsättningar för att i tillsynen av HVB granska om behandlingen bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Praktiskt bör ordningen vara att det HVB som vill bedriva behandling i samma ansökan söker tillstånd och auktorisering för en eller flera behandlingsmetoder hos samma myndighet. Är det fråga om ett HVB som inte ska bedriva behandling begränsas ansökan och prövningen av nämnda myndighet till att gälla tillstånd. Om ett HVB ändrar behandlingsinriktning bör det normalt vara tillräckligt att uppdatera auktoriseringen inom ramen för gällande tillstånd eller anmälan.

Kravet på auktorisation regleras i 12 § i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

Kvalitetskrav för behandlingsverksamhet

Det övergripande syftet med auktorisationen är att de behandlingsinsatser som erbjuds ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. De behandlingar som Socialstyrelsen bedömer ha evidens i nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården utgör i detta sammanhang en naturlig utgångspunkt.

För att uppfylla detta syfte ska auktorisationen omfatta kravet att sökanden redovisar det vetenskapliga stödet och den beprövade erfarenhet för att behandlingen har effekt och för vilka missbruks- och beroendetillstånd. Undantagsvis finns det etablerade behandlingar som inte är vetenskapligt utvärderade och för vilka evidens saknas, men som det likväl kan vara motiverat ur den enskildes perspektiv att bedriva. I dessa fall är det särskilt viktigt att redovisa den beprövade erfarenheten. Utveckling av nya behandlingsformer bör hanteras genom att den myndighet som ansvarar för auktorisering godkänner försöksverksamhet under en begränsad tidsperiod. Det bör också vara ett krav att de som erbjuds behandlingen informeras om att den bedrivs som en försöksverksamhet. Att utföraren redovisar det vetenskapliga stödet och den beprövade erfarenheten är av avgörande betydelse för att den behandling som

erbjuds ska vara evidensbaserad och den används för de missbruks- och beroendetillstånd som evidensen avser.

Det ska i auktorisationen ingå krav på att sökanden redovisar hur behandlingen ska bedrivas och organiseras. Detta är viktigt eftersom en behandlings effekt i betydande grad är avhängig att den bedrivs på ett systematiskt och strukturerat sätt, och i vissa fall att den är manualbaserad.

Krav ska också finnas på att sökanden redovisar vilka yrkesgrupper som ska utföra olika moment i behandlingen, och vilken utbildning som krävs för att kunna utföra de olika momenten. Detta är nödvändigt för att säkerställa att personalen har den kompetens som krävs för att bedriva behandlingen. För att en verksamhet ska ges auktorisation bör det även finnas krav på personlig skötsamhet hos ledning och personal. Tidigare kriminalitet och annan misskötsamhet kan göra att verksamheten måste diskvalificeras.

Vidare ska det ingå krav på att sökanden redovisar ett system för att dokumentera behandlingen och följa upp behandlingsresultaten, till exempel genom en systematisk användning av ASI eller motsvarande system för uppföljning på individuell nivå. En central del i detta är även att HVB som bedriver behandling ska rapportera till de nationella kvalitetsregister som finns inom missbruksområdet. Detta är viktigt för att öka kunskapen om behandlingens effekter och för att över tid kunna utveckla och förbättra behandlingen.

Bättre information till den vårdsökande och huvudmannen

Ett annat viktigt syfte med auktorisationen är att förbättra informationen till den enskilde i behov av behandling och till huvudmannen som ska köpa behandlingen, om den inte bedrivs i egen regi vill säga. Därigenom kan såväl den enskildes som huvudmannens möjligheter att göra informerade val mellan olika behandlingar och utförare stärkas.

Det ska i auktorisationen ingå krav på att den som auktoriserats regelbundet ska redovisa information till den nationell valfrihetsdatabas som utredningen förslagit ska upprättas för olika behandlingsverksamheter (jfr kapitel 4).

Lika villkor för privata och offentliga vårdgivare

I dag får inte bolag, föreningar, stiftelser eller enskilda individer utan tillstånd bedriva HVB. Kommun och landsting som bedriver HVB, samt kommun som genom avtal överlämnat till enskild att bedriva HVB, ska anmäla detta till Socialstyrelsen. Detta innebär att villkoren är olika för olika vårdgivare, tillståndsplikt gäller för privata vårdgivare och anmälningsplikt för offentliga vårdgivare.

Utredningen ser inte något skäl till att det ska gälla olika villkor för privata och offentliga utförare av behandling. Auktoriseringskravet för HVB som bedriver behandling ska därför gälla lika för både privata och offentliga utförare.

Landstingens och kriminalvårdens upphandling

Varje HVB måste sålunda auktorisera varje behandlingsmetod. När landstingen, som enligt utredningens förslag ska ha ett samlat behandlingsansvar för personer med missbruk eller beroende, eller kriminalvården, upphandlar behandling vid HVB ska krav därmed ställas på att hemmet dels har tillstånd eller är anmält och dels att de behandlingar som bedrivs är auktoriserade.

Utvidgade auktorisationskrav i framtiden

Det föreligger ett mer generellt behov av att förbättra kvalitets-säkringen och informationen till de vårdsökande om behandlingsinsatser inom missbruks- och beroendevården. Utredningen ser därför auktorisationen av HVB som ett första, viktigt steg. När detta steg har tagits och auktorisationsförfarandet tillämpas konsekvent bör det i ett andra steg övervägas att utvidga auktorisationens omfattning verksamhetsmässigt.

I detta andra steg kan det vara lämpligt att även omfatta behandling som bedrivs i öppen vård och i den mån behandling bedrivs i familjehem. Familjehem ska normalt vara stödverksamheter, inte behandlingsverksamheter, men det förekommer i dag en gränsdragningsproblematik mellan HVB och familjehem, till exempel i form av familjehem med ett stort antal placeringar som tenderar att bedrivs yrkesmässigt eller som så kallad förstärkt familjehemsvård med inslag av psykologisk behandling.

Ansvarig myndighet och användning av enskilda kontrollorgan

Utredningen anser av förvaltningspolitiska skäl att utarbetande av regler och prövning av tillstånd inklusive den ovan föreslagna auktorisationen inte bör utföras av den myndighet som bedriver tillsyn. I dag har Socialstyrelsen ansvar för såväl reglering och tillstånd som tillsyn. Utredningen har noterat att det i tidigare utredningar har föreslagits att tillsynsverksamheten bör överföras från Socialstyrelsen till en särskild tillsynsmyndighet för socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Utredningen ser det som önskvärt att det inrättas en särskild tillsynsmyndighet. Men fram tills dess att regering och riksdag eventuellt beslutar om att avskilja tillsynen, bör Socialstyrelsen i föreskrifter närmare reglerar villkoren för auktorisation. Myndigheten bör också ansvara för att pröva ansökningar om auktorisation och bedriva tillsyn.

Om ett HVB inte beviljas auktorisering för en viss behandling får inte behandlingen erbjudas eller bedrivas. Tillsynen måste sålunda vara uppmärksam på och förhindra att behandling erbjuds eller bedrivs utan auktorisering, till exempel att behandling benämns stöd. Ytterst ska tillståndet kunna återkallas om ett HVB medvetet försöker kringgå auktoriseringskravet.

Det bör också vara möjligt att vissa delar av den operativa kontrollen utförs av kontrollorgan som godkänts av Socialstyrelsen. Dylika förfaranden finns inom andra områden, exempelvis inom livsmedelssäkerhetsområdet. Beslut om att bevilja eller återkalla auktorisering ska dock alltid vara en uppgift för den tillståndsansvariga myndigheten.

Konsekvenser för utförarna

Utredningen bedömer att auktoriseringen kommer att kunna genomföras under en period av två år.

Auktoriseringen kommer att innebära en merkostnad för de HVB som bedriver behandling jämfört med nuvarande tillstånds- och anmälningsplikt. Hur stor denna kostnad blir beror på hur många olika behandlingar som ett HVB erbjuder samt vilken evidens som finns för behandlingen. Om behandlingen har evidens enligt de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården är det en enkel uppgift att redovisa att behandlingen vilar på

vetenskap och beprövad erfarenhet. Men om behandlingen inte är vetenskapligt utvärderad, är det en större och mer resurskrävande uppgift att redovisa att behandlingen vilar på beprövad erfarenhet. För mindre utförare av HVB kommer det sannolikt av resursmässiga skäl att vara svårare att auktorisera flera olika behandlingar, särskilt om de inte omfattas av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården.

I detta sammanhang vill utredningen påminna att skälet till att införa en auktorisering är att säkerställa kvaliteten på den behandling som erbjuds, det vill säga att de behandlingar som erbjuds vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet och att utföraren har den kompetens och övriga resurser som krävs för att bedriva behandlingen på det sätt som krävs för att den ska ha avsedd effekt.

Utredningen anser att den förbättrade säkerheten för den enskilde mer än väl motiverar den jämförelsevis begränsade merkostnad som auktoriseringen innebär för utföraren. Även för staten och den ansvariga myndigheter kommer auktoriseringen att medföra vissa kostnader.

6.1.2 Nationellt kvalitetsregister inom missbruksområdet

Utredningens förslag: Täckningsgraden och rapporteringsvolymen för det nationella kvalitetsregistret Svenskt beroenderegister (SBR) ska främjas genom ett statligt prestationsbidrag till landstingen i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. För 2012 ska 10 miljoner kronor fördelas mellan de landsting i vilka 50 procent av behandlingsenheterna har inlett inrapportering till SBR. För 2013 ska 10 miljoner kronor fördelas mellan de landsting i vilka 70 av behandlingsenheterna inlett rapportering och 2014 ska 10 miljoner kronor fördelas mellan de landsting i vilka 90 procent av behandlingsenheterna inlett rapportering.

Därutöver bör staten bidra med 5 miljoner kronor per år under perioden 2012–2014 för utbildning av personal i att rapportera till och analysera data från registret.

Det statliga bidraget bör hanteras inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Behovet av kvalitetsregister

Inom flera olika delar av hälso- och sjukvården har det sedan 1970-talet utvecklats kvalitetsregister som ett medel att främja utvecklingen av en mer kunskapsbaserad vård. Kvalitetsregistren ger information om diagnoser, behandlingsinsatser och resultat. De ger nya möjligheter att följa upp, utvärdera och jämföra vårdens innehåll och resultat. I dag finns totalt drygt 70 nationella kvalitetsregister. Därtill finns ett stort antal regionala och lokala register.

Inom missbruksområdet har det under lång tid saknats nationella kvalitetsregister. Men under de allra senaste åren har arbete inletts med att utveckla två nationella kvalitetsregister rörande behandling av personer med missbruk eller beroende. Svenskt beroenderegister (SBR) är ett register för den specialiserade missbruks- och beroendevården. Läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende (LAROS) är ett register för behandling med metadon och buprenorfin av personer med opiatberoende. Det förra registret förvaltas av Stockholm läns landsting och det senare av Örebro läns landsting. Utvecklingsarbetet har skett med ekonomiskt stöd från staten och sjukvårdshuvudmännen.

Både när det gäller SBR och LAROS har det utvecklats en infrastruktur för det nationella kvalitetsregistret. Men såväl täckningsgraden när det gäller antalet anslutna enheter som rapporteringsvolymen när det gäller antalet patienter och insatser är ännu högst begränsad. För att kvalitetsregistren ska fungera som medel för att utveckla en mer kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård måste täckningsgraden och rapporteringsvolymen förbättras.

Statligt prestationsbidrag till landstingen

Utredningen anser mot denna bakgrund att staten bör främja ökad täckningsgrad och rapporteringsvolym genom ett särskilt prestationsbidrag som utgår för anslutning och rapportering till SBR.

Prestationsbidrag om 10 miljoner kronor per år bör utbetalas under en treårsperiod till de landsting i vilka en viss andel av behandlingsenheterna har inlett rapportering till SBR. Den andel behandlingsenheter som ska ha inlett rapportering för att ett landsting ska uppfylla villkoren för bidrag ska successivt öka: 50 procent 2012, 70 procent 2013 och 90 procent 2014.

Därutöver bör staten finansiellt bidra med 5 miljoner kronor per år under nämnda treårsperiod till utbildning av personal i att rapportera till och analysera data från det nationella kvalitetsregistret. Detta är en viktig förutsättning för registret verkligen ska användas för att utveckla vården.

Den närmare hanteringen av prestationsbidraget bör regleras genom en överenskommelse mellan regeringen och SKL. Den överenskommelse som slutits mellan regeringen och SKL om prestationsbaserat statsbidrag för insatser till äldre kan lämpligen tjäna som förebild för den förslagna överenskommelsen om prestationsbaserat statsbidrag för nationellt kvalitetsregister inom missbruksområdet.

När det gäller LAROS har utredningen föreslagit att det i Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende ska införas en skyldighet för vårdgivare att till ett nationellt vårdregister rapportera viss information om patienterna som genomgår behandling.

6.2 Kunskap om missbrukssituationen

Utredningens bedömning: Kunskapen om alkohol- och drogkonsumtionen och förekomsten av riskbruk, missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel måste förbättras för att uppnå målsättningen om en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård.

I Sverige har staten traditionellt tagit ett ansvar för att regelbundet kartlägga den nationella missbrukssituationen genom olika former av befolkningsundersökningar av alkohol- och droganvändning. Informationen är viktig dels för regering och riksdag vid utformningen av den nationella politiken inom ANDT-området, dels för kommuner och landsting vid inriktningen och dimensioneringen av de förebyggande insatserna samt missbruks- och beroendevården regionalt och lokalt. Informationen är också viktig för Sveriges deltagande i EU-arbetet och övrigt internationellt samarbete.

Utredningen finner ingen anledning att ifrågasätta det ansvar staten av tradition tagit inom detta område. Men däremot ser utredningen ett behov av en mer heltäckande bild och officiell bedömning av missbrukssituationen i Sverige. Dessutom ser

utredningen ett behov av fördjupad kunskap om förekomsten av riskbruk, missbruk och beroende samt samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom i den svenska befolkningen.

6.2.1 Nationell bild av alkohol- och droganvändningen

Utredningens förslag: De statligt finansierade undersökningarna av befolkningens användning av alkohol och andra droger ska utformas på ett sådant sätt att de ger en nationell helhetsbild av alkohol- och droganvändningen samt möjliggör jämförelser med andra länder.

Splittrad bild av alkohol- och droganvändningen

Utredningen har sammanställt tillgänglig information om befolkningens användning av alkohol och droger samt förekomsten av riskbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel i Sverige (se kapitel 13). I samband med detta har det blivit tydligt att de regelbundna undersökningar som staten finansierar inte ger en heltäckande bild av missbruksituationen. De undersökningar det gäller är i första hand nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsoinstitutet), Monitorundersökningen (SoRAD), undersökningarna av levnadsförhållanden (SCB) och skolundersökningarna (CAN).

Alkohol användningen i befolkningen studeras jämförelsevis detaljerat. I samtliga regelbundna undersökningar ingår frågor om och i så fall hur mycket och hur ofta man konsumerar. Narkotikaanvändningen studeras bland skolelever, men inte bland vuxna, i de regelbundna undersökningarna, med undantag för en fråga om användning av cannabis i den nationella folkhälsoenkäten. Läkemedelsanvändning mäts endast genom en generell fråga om användning av vanligt förekommande läkemedel i den nationella folkhälsoenkäten samt en fråga om användning av läkemedel som vanligen missbrukas och en fråga om användning av läkemedel i kombination med alkohol i skolundersökningarna. Dopning kartläggs endast genom en fråga om användning av anabola androgena steroider i skolundersökningarna.

Därutöver finns ett antal undersökningar som inte ingår i serier av regelbundet återkommande undersökningar.

Bättre samordning av undersökningarna

Regelbundet återkommande undersökningar är viktiga för att kunna beskriva hur alkohol- och drogkonsumtionen förändras över tid. Den information som de befintliga regelbundna undersökningarna ger är dock högst begränsad när det gäller flera vanligt förekommande missbrukssubstanser, till exempel narkotika och läkemedel.

Den omständighet att de olika undersökningarna studerar delvis olika grupper i befolkningen och använder delvis olika prevalens-, frekvens- och mängdmått gör det också svårt att sammanställa en helhetsbild av alkohol- och droganvändningen i Sverige genom att kombinera resultaten från de olika undersökningarna. Den metodologiska variationen är än mer framträdande när det gäller de undersökningar som inte ingår i serier av regelbundet återkommande undersökningar.

Utredningen anser mot denna bakgrund att de regelbundna undersökningar som staten finansierar bör utformas på ett sådant sätt att de ger en samlad nationell bild av missbrukssituationen i Sverige när det gäller befolkningens användning av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel (och tobak) samt förekomsten av olika grader av problematisk användning (riskbruk, skadligt bruk och beroende). Vidare bör undersökningarna utformas på ett sådant sätt att det är möjligt att systematiskt följa missbrukssituationen över tid och jämföra situationen i Sverige med den i andra länder.

6.2.2 Officiell bedömning av missbrukssituationen i Sverige

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ska ges i uppgift att regelbundet göra en officiell bedömning av missbrukssituationen avseende alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel i Sverige.

Divergerande uppgifter om missbrukssituationen

Utredningen har mot bakgrund av den tillgängliga informationen om befolkningens alkohol- och droganvändning och förekomsten av problematisk användning gjort en samlad bedömning av missbrukssituationen i Sverige, det vill säga av antalet personer med riskbruk, skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel.

I samband med detta har utredningen noterat att det i dag inte görs någon officiell bedömning av missbrukssituationen i Sverige utifrån de olika undersökningar av alkohol- och droganvändningen som staten finansierar. Det som närmast påminner om en officiell bedömning är CAN:s årliga rapport om drogutvecklingen i Sverige. Rapporten gör dock inte anspråk på att vara en officiell bedömning och den har inte staten som avsändare. Notabelt i sammanhanget är dock CAN:s verksamhet i hög grad finansieras genom statliga medel.

Förutom bristande information om användningen av vissa missbrukssubstanser kan noteras att de regelbundna undersökningarna i huvudsak kartlägger alkohol- och droganvändningen och endast i mindre utsträckning förekomsten av olika grader av problematisk användning (riskbruk, skadligt bruk och beroende). I den nationella folkhälsoenkäten och Monitorundersökningen mäts riskabel alkoholkonsumtion genom skalor baserade på frågor i AUDIT.

Staten finansierar också ett antal olika enskilda undersökningar som inte ingår i serier av regelbundet återkommande undersökningar. Några av dessa har ett tydligare fokus på problematisk användning.

Att problematisk användning i första hand studeras genom särskilda undersökningar har ibland motiverats med att vissa konsumtionsmönster anses vara svåra att kartlägga genom den datainsamlingsteknik som används i de regelbundna undersökningarna. Till exempel har det ansetts vara svårt att genom enkätundersökningar riktade till den generella befolkningen studera narkotikaanvändning eftersom den är kriminaliserad eller missbruk bland hemlösa eftersom de inte enkelt kan nås via post eller telefon. Vidare är det svårt att genom generella befolkningsundersökningar studera mindre vanligt förekommande former av missbruk, till exempel dopning, eftersom det skulle kräva mycket stora urval. Likväl är det vanligt att använda enkätundersökningar i flera andra länder.

Både Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen har till exempel skattat antalet personer med missbruk eller beroende av alkohol. Myndigheterna använder dock delvis olika definitioner och metoder och kommer till olika resultat.

Inom narkotikaområdet har staten vid några tillfällen genomfört större enskilda undersökningar. Ett aktuellt exempel är Folkhälsoinstitutets så kallade prevalensprojekt. Det omfattar flera delstudier för att kartlägga användningen av narkotika, bland annat en riksrepresentativ postenkätundersökning. Frekvent refererade är de tre case-finding-studierna av så kallat tungt narkotikamissbruk som genomfördes mellan 1979 och 1998 (de så kallade UNO-undersökningarna utformade av 1979 års narkotikakommission). Socialstyrelsen har också vid ett par tillfällen skattat antalet personer med problematisk narkotikaanvändning (tungt missbruk) utifrån registeruppgifter i sjukvården.

När det gäller missbruk eller beroende av läkemedel och dopningsmedel råder generellt brist på undersökningar.

Förutom att informationen är bristfällig om användningen av vissa missbrukssubstanser förmedlar de olika undersökningarna olika resultat avseende förekomsten av riskbruk, skadligt bruk och beroende. Detta är en konsekvens av att olika definitioner, undersökningsmetoder samt prevalens-, frekvens- och mängdmått används i olika undersökningar. Det gör det också svårt att jämföra resultat mellan olika undersökningar.

Socialstyrelsen ska göra en officiell bedömning

Utredningen anser mot denna bakgrund att den information som framkommer genom de olika statligt finansierade återkommande och enskilda undersökningarna regelbundet bör vägas samman till en officiell bedömning av missbrukssituationen i Sverige.

Det bör vara en uppgift för en statlig myndighet att göra en sådan officiell bedömning. Jämfört med dagens ordning skulle det bli avsevärt mycket tydligare för intressenter i Sverige och andra länder vilka uppgifter om användning av alkohol och droger som ligger till grund för den svenska politiken och vården.

Den föreslagna uppgiften ligger i gränslandet mellan Folkhälsoinstitutets och Socialstyrelsens ansvarsområden. Alkohol- och drogvanor samt riskbruk kan i första hand anses vara en uppgift för Folkhälsoinstitutet medan missbruk och beroende i första hand

kan anses vara en uppgift för Socialstyrelsen. Utredningen bedömer dock att det bör vara en uppgift för Socialstyrelsen och regleras i förordningen med myndighetsinstruktion.

6.2.3 Nationell alkohol- och drogundersökning

Utredningens förslag: Till grund för den officiella bedömning av missbrukssituationen i Sverige ska det ligga en särskild, regelbundet återkommande, nationell undersökning av befolkningens alkohol- och drogvanor som ska genomföras av Folkhälsoinstitutet.

Undersökningen bör omfatta både legala och illegala missbrukssubstanser utformas på ett sätt som möjliggör jämförelser över tid och med andra länder samt genomföras vart annat år, växelvis med den nationella folkhälsoenkäten.

Betydande undersökningsresurser, klen resultat

I dag avsätter staten betydande resurser för att kartlägga alkohol- och droganvändningen i den svenska befolkningen. Endast kostnaden för de tre regelbundna undersökningarna uppgår till 6,1 miljoner kronor per år. Till detta kommer kostnaderna för de undersökningar som inte ingår i serier av återkommande undersökningar. Det står klart att dessa kostnader är betydande, även om de är svåra att redovisa i detalj. Exempelvis uppgick budgeten för endast Folkhälsoinstitutets prevalensprojekt för att studera narkotikaanvändningen i befolkningen till cirka 5,5 miljoner kronor.

I relation till de resurser som avsätts framstår resultatet som klen. Som beskrivits ovan saknas information om befolkningens användning av flera vanligt förekommande missbrukssubstanser. Det saknas också i hög grad information om förekomsten av olika former av problematiskt bruk, det vill säga riskbruk, missbruk och beroende. Vidare är det svårt att utifrån de olika undersökningarna sammanställa en nationell helhetsbild och göra en officiell bedömning på grund av att de olika studierna använder olika definitioner, undersökningsmetoder, prevalens-, mängd- och frekvensmått.

Nationell alkohol- och drogundersökning

Utredningen anser att de resurser staten i dag avsätter kan användas mer effektivt. Detta kan åstadkommas genom att frågorna om alkohol- och droganvändning i den nationella folkhälsoenkäten, Monitorundersökningen och undersökningen och levnadsvanor, samt eventuellt skolundersökningarna, överförs till en särskild nationell alkohol- och drogundersökning som omfattar alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel (och tobak).

Därigenom skapas förutsättningar för att ge en nationell helhetsbild av alkohol- och droganvändningen i befolkningen och förekomsten av problematisk användning samt göra en officiell bedömning av missbrukssituationen i Sverige. Att studera alkohol- och droganvändningen och förekomsten av problematisk användning genom en särskild alkohol- och drogundersökning förefaller också vara den vanliga ordningen i flertalet länder i Europa.

Metodologiska överväganden

En särskild alkohol- och drogundersökning bör utformas metodologiskt på ett sådant sätt att den möjliggör jämförelser med andra länder, till exempel när det gäller avgränsning av populationen, användningen av prevalens-, frekvens- och mängdmått samt definitioner av problematisk användning.

Den bör genomföras regelbundet för att möjliggöra jämförelser över tid. Nuvarande regelbundna undersökningar genomförs årligen eller månatligen. Mot bakgrund av de högst begränsade variationerna i alkohol- och droganvändning mellan enskilda år, till exempel andelen med riskabel alkoholkonsumtion enligt den nationella folkhälsoenkäten, anser utredningen det inte vara motiverat att genomföra en särskild alkohol- och drogundersökning årligen. Internationellt genomförs motsvarande undersökningar vanligen med ett intervall på mellan två och fem år. Det kan vara lämpligt att genomföra en särskild alkohol- och drogundersökning vart annat eller tredje år växelvis med den nationella folkhälsoenkäten.

Det finns också anledning att överväga olika tekniker för datainsamling. Svarsfrekvensen i flera av de etablerade postenkätundersökningarna inom missbruksområdet har över tid minskat. De allt större bortfallen gör studierna mindre tillförlitliga i vetenskaplig mening. Det bör vara möjligt att öka svarsfrekvensen genom att

fusionera några av de nuvarande undersökningarna till en särskild nationell alkohol- och drogundersökning. Det bör också övervägas att byta teknik för datainsamling, från postenkät till telefonintervjuer.

Folkhälsoinstitutet ansvarig myndighet

Det bör vara en uppgift för en statlig myndighet att genomföra en sådan nationell alkohol- och drogundersökning. Av de befintliga myndigheterna bedömer utredningen att uppgiften ligger inom Folkhälsoinstitutet ansvarsområde och att den bör regleras i förordningen med myndighetsinstruktion.

Det ska givetvis vara möjligt för den ansvariga myndigheten att delegera eller upphandla större eller mindre delar av genomförandet. I dag finansierar exempelvis Folkhälsoinstitutet dels Monitorundersökningen som utförs av SoRAD och dels skolundersökningarna som utförs av CAN.

6.2.4 Fördjupad epidemiologisk studie

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ska ges i uppgift att genomföra en nationell fördjupad epidemiologisk studie av riskbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger i den svenska befolkningen. Studien bygger lämpligen på standardiserade intervjuer utifrån etablerade diagnoskriterier enligt förebild från bland annat Nederländerna, Norge och USA.

Från konsumtionsmått till diagnoser

Det föreligger även ett behov av fördjupad kunskap om förekomsten av riskbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger i den svenska befolkningen. De undersökningar som används för att kartlägga alkohol- och droganvändningen i befolkningen ger som konstaterats ovan ofta begränsad information om förekomsten av riskbruk, missbruk och beroende.

I detta sammanhang ska det noteras att det utifrån konsumtionsundersökningar är svårt att bedöma förekomsten av olika slags

missbruks- och beroendetillstånd. Detta eftersom diagnoserna skadligt bruk och beroende inte endast ställs utifrån den mängd som konsumeras, utan också i hög grad utifrån konsumtionens fysiologiska och sociala konsekvenser.

För att inhämta denna fördjupade kunskap krävs en annan metodologi än den som vanligen tillämpas i survey-undersökningar om alkohol- och droganvändning. Det lämpliga är strukturerade intervjuundersökningar som utgår från diagnossystemen inom hälso- och sjukvården. Någon dylik undersökning av skadligt bruk och beroende och samsjuklighet med psykisk sjukdom har ännu inte genomförts i Sverige. Däremot har sådana undersökningar genomförts i andra länder, bland annat i Kanada, Nederländerna, Norge och USA.

Fördjupad epidemiologisk undersökning

Utredningen anser att staten bör avsätta finansiella medel för en nationell epidemiologisk studie i syfte att fördjupa kunskapen om förekomsten av skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger samt samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom i den svenska befolkningen.

Denna typ av studier tar betydande resurser i anspråk varför en undersökning i praktiken kan betraktas som en punktinsats. Detta ska inte tolkas som att det inte finns ett värde av att följa utvecklingen över tid. Tvärtom skulle detta vara av stort värde. Men mot bakgrund av de betydande resurser som krävs framstår det som rimligt att dylika studier genomförs med jämförelsevis glesa intervall och att beslut om att genomföra undersökningen fattas från fall till fall.

Socialstyrelsen ansvarig myndighet

Den fördjupade epidemiologiska undersökningen bör vara ett ansvar för en statlig myndighet. Av de befintliga myndigheterna ligger uppgiften i gränslandet mellan Folkhälsoinstitutets och Socialstyrelsens ansvarsområde. Med hänsyn till den diagnostiska inriktningen anser utredningen att undersökningen bör vara en uppgift för Socialstyrelsen och regleras i förordningen med myndighetsinstruktion.

Det kan vara lämpligt att genomförandet av undersökningen delegeras, lämpligen till en forskningsmiljö med god kompetens inom områdena psykiatri och epidemiologi. Därigenom kan behovet på kompetens tillgodoses samtidigt som oberoendet och därigenom legitimiteten ökar. Vidare kan delegering av genomförandet till universitet eller högskola även bidra till att tillgängliggöra det insamlade datamaterialet för forskning inom missbruksområdet.

6.3 Förstärkt forskning och kunskapsspridning

Utredningens bedömning: Forskningen och kunskapsspridningen inom missbruksområdet måste stärkas för att uppnå målsättningen om en mer kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård.

Utredningen har som en utgångspunkt att missbruks- och beroendevården ska vara kunskapsbaserad. De insatser som erbjuds ska vila på evidens om effekt och effektivitet.

Av utredningens analys framgår att missbruks- och beroendevården brister när det gäller kunskapsbaserade insatser. I vissa fall är orsaken att forskningsbaserad kunskap saknas. I andra fall är orsaken att den forskningsbaserade kunskapen inte tas tillvara i de operativa verksamheterna.

Den svenska forskningen och kunskapsspridningen inom missbruksområdet har under senare år försvagats i internationell jämförelse samtidigt som forskningen i vissa andra länder har stärkts.

Utredningen anser att forskningen och kunskapsspridningen måste stärkas för att uppnå målsättningen om en kunskapsbaserad vård. Detta är också i linje med den uppfattning som regering och riksdag i olika sammanhang uttryckt att forskningen inom alkohol- och drogområdet bör stärkas.

6.3.1 Nationellt institut för behandlingsforskning

Utredningens förslag: Det ska inrättas ett nationellt institut med uppgift att bedriva forskning och sprida kunskap om behandling för personer med missbruk eller beroende av

alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel. Institutet ska samla medicinsk, psykologisk och socialvetenskaplig expertis och forskningen ska vara tvärvetenskaplig. Institutet ska placeras i anslutning till universitet eller högskola med betydande forskning inom för missbruksområdet relevanta vetenskapliga discipliner. Staten ska tillhandahålla basfinansiering av verksamhet under en inledande period om åtta år.

Forskningen för begränsad och splittrad

Kommunerna och landstingen har som huvudmän för missbruks- och beroendevården ett stort behov av kunskap om olika vård- och stödinsatsers effekt och effektivitet för att utveckla den praktiska verksamheten och uppnå målsättningen om en kunskapsbaserad vård.

Inom missbruksområdet finns ett betydande antal finansiärer, varav flera förfogar över förhållandevis begränsade medel. De statliga finansiärerna avsatte 2009 totalt drygt 50 miljoner kronor, vilket är mer än tidigare år. Denna ökning förklaras av att FAS gör en tidsbegränsad satsning under perioden 2009–2012. Det är oklart i vilken mån de statliga medlen som landstingen förmedlar till klinisk forskning (ALF-medlen) kommer missbruksområdet till del eftersom det saknas uppföljning av medlens användning.

Den totala vetenskapliga produktionen är jämförelsevis begränsad och fördelad på ett betydande antal utförare, vilket hämmar uppbyggnaden av kritisk massa. Merparten av forskningen bedrivs vid olika universitets- och högskoleinstitutioner inom olika vetenskapliga discipliner. Men den bedrivs även vid regionala och lokala forsknings- och utvecklingsenheter med landsting eller kommun som huvudman.

Den svenska forskningen har också tappat mark internationellt. Publiceringsvolym och citeringsgrad har minskat i jämförelse med andra länder. Samtidigt har andra länder som ett resultat av strategiska forskningssatsningar vunnit mark, till exempel Australien.

Sammanfattningsvis visar utredningens analys att den svenska forskningen inom missbruksområdet är mångfacetterad, men också inom flera delområden allt för begränsad. Den är diversifierad, men också splittrad på flera finansiärer och utförare, vilket begränsar den kritiska massan. I jämförelse med andra liknande forsknings-

områden i Sverige framstår området som eftersatt när det gäller produktion av ny kunskap.

Detta är olyckligt mot bakgrund av att missbruk och beroende representerar ett stort och ökande folkhälsoproblem. Missbrukets samhällsekonomiska kostnader uppgår i dag, enligt utredningens beräkningar, till 150 miljarder. Mer kunskapsbaserade och effektiva behandlingsmetoder är en förutsättning för en framgångsrik hantering av missbrukssituationen.

Behovet av att förstärka forskningen inom missbruksområdet har också betonats nationellt och internationellt. Riksdagen har nyligen i en skrivelse uttryckt att det råder brist på adekvata strukturer för långsiktig kunskapsuppbyggnad och forskningsmässigt stöd inom socialtjänstens område. EU har framhållit vikten av att medlemsstaterna bygger upp nationella program och en gemensam infrastruktur för forskning om alkohol och alkoholproblem.

Utredningen anser mot denna bakgrund att det finns starka skäl för att resursmässigt förstärka och i vissa avseenden förbättra samordningen av forskningen inom missbruksområdet i syfte att främja uppbyggnad av kritisk massa.

Behov av mångvetenskaplig behandlingsforskning

Kännetecknande för missbruks- och beroendevården är att den omfattar både medicinska och psykosociala insatser. Behandlingsprogram för olika missbruks- och beroendetillstånd innehåller ofta en kombination av de olika typerna av insatser. Trots detta bedrivs i dag forskningen i huvudsak i två parallella spår, ett medicinskt och ett socialvetenskapligt.

Forskningen om behandling av olika missbruks- och beroendetillstånd framstår som underutvecklad i jämförelse med forskningen inom näraliggande vårdområden. För vissa missbruks- och beroendetillstånd saknas behandlingsmetoder med evidens. Till exempel saknas specifika evidensbaserade metoder för behandling av missbruk eller beroende av vissa vanligt förekommande narkotiska preparat, beroendeframkallande läkemedel samt dopningsmedel.

Andra frågor i behov av forskning är behandling av barn och ungdomar med missbruk eller beroende, personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom, behandling av missbruk och beroende inom tvångs-

vården, genus och etnicitet och missbruk eller beroende samt insatsers kostnadseffektivitet.

Forskning saknas mer generellt om flera insatser som faller inom socialtjänstens ansvarsområde, bland annat olika former av målgruppspecifikt stöd för personer med missbruk eller beroende.

Utredningen anser följaktligen det föreligger ett behov av att främja och förstärka tvärvetenskaplig forskning om olika behandlingsmetoders effekt och effektivitet inom missbruksområdet. Med behandling avses i detta sammanhang systematiska och teoretiskt grundade medicinska och psyksociala insatser som syftar till att hjälpa individen att komma ifrån ett missbruk eller beroende eller begränsa skadorna av ett fortgående missbruk.

Effektivare kunskapsspridning – från forskning till vård

Utredningens analys visar att även när det finns behandlingsmetoder med god evidens så används inte alltid dessa. Vidare förekommer det att behandlingsmetoder används för andra missbruks- och beroendetillstånd än de för vilka evidensen gäller. Den praktiska tillämpningen tenderar också att variera i stor utsträckning, vilket är problematiskt eftersom evidensen normalt är avhängig att insatserna tillämpas på ett systematiskt och strukturerat sätt, och ibland manualbaserat. Detta understryker vikten av att sprida kunskap om evidensbaserade insatser från forskningsverksamheter och expertmyndigheter till huvudmän och yrkesverksamma.

I dag har flera myndigheter och organisationer uppgifter som rör kunskapsspridning inom missbruksområdet, bland annat Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Socialstyrelsen gör vissa forskningsöversikter och utarbetar nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården och socialtjänsten, bland annat de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Folkhälsoinstitutet tar fram vissa kunskapsöversikter. Statens beredning för medicinsk utvärdering sammanställer kunskapsöversikter när det gäller evidens för behandling av olika sjukdomstillstånd.

SKL är en annan viktig nationell aktör, som bland annat arbetar med att stödja kommunerna och landstingen i implementeringen de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården, inom

ramen för det statligt finansierade projektet *Kunskap till praktik*. Det finns också ett antal regionala och lokala forsknings- och utvecklingsenheter med landsting eller kommun som huvudman med verksamhet inom detta område.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) sprider information om alkohol och andra droger, bland annat genom olika publikationer, kurser och konferenser.

Sammantaget framstår ordningen för kunskapsspridning som fragmenterad, vilket gör det svårare för såväl huvudmän som yrkesverksamma inom vården att veta var man ska vända sig för information och vägledning.

Utredningens anser att kunskapsspridningen inom missbruksområdet måste förbättras. Med kunskapsspridning avses bland annat att sammanställa kunskapsöversikter, översätta internationella forskningsresultat till svenska förhållanden samt att sprida evidensbaserade insatser från forskningen till huvudmän och yrkesverksamma.

Forskningsinstitut bästa alternativet

Utredningen har övervägt olika organisatoriska alternativa för att förstärka och samtidigt skapa en mer sammanhållen struktur för forskning och kunskapsspridning inom missbruksområdet. Att skapa en centrumbildning inom ramen för en befintlig statlig myndighet, till exempel motsvarande det tidigare IMS vid Socialstyrelsen, ser utredningen som ett alternativ. Att bygga vidare på en befintlig forskningsenhet vid ett universitet, till exempel SoRAD vid Stockholms universitet, är ett annat alternativ. Att etablera ett nytt forskningsinstitut i anslutning till ett inom området framstående universitet är ett tredje alternativ.

Institutbildningar i olika former förekommer internationellt. I Australien tillämpas en organisatoriska lösning med institut kopplade till universitet, vilket har bidragit till att landet i dag har en ledande roll inom forskningen på missbruksområdet. I Finland finns Institutet för hälsa och välfärd, i Norge Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) och i Danmark Center for Rusmiddelforskning vid Århus universitet.

I den nationella förvaltningspolitiken är en utgångspunkt att forskning ska bedrivas vid universitet eller högskola, om det inte finns särskilda skäl som motiverar en annan ordning. Utredningen

ser inga särskilda skäl som motiverar att forskningen inom missbruksområdet ska bedrivas vid en central förvaltningsmyndighet. Samtidigt konstaterar utredningen att befintliga institut och centrumbildningar vid svenska universitet och högskolor inte har den tvärvetenskapliga kompetens som utredningen ser som nödvändig för att bedriva relevant behandlingsforskning om olika missbruks- och beroendetillstånd.

Utredningens slutsats är sålunda att ett nytt forskningsinstitut kopplat till ett inom området ledande universitet bör etableras. Vårduniversitetet bör bedriva forskning av hög internationell standard samt utbildning inom medicin, beteendevetenskap och socialvetenskap. Denna lösning bör också kunna bidra till att höja forskningsområdets status.

Forskningsinstitutet bör förfoga över medicinsk, psykologisk och socialvetenskaplig kompetens och den forskning som bedrivs bör vara tvärvetenskaplig. Institutet bör placeras i anslutning till universitet eller högskola med betydande forskning om olika missbruks- och beroendetillstånd samt om insatser som ges vid dessa tillstånd.

Staten bör tillhandahålla basfinansiering av institutets verksamhet under en inledande period om åtta år. Därefter bör institutets verksamhet finansieras inom ramen för ordinarie forskningsanslag inom sektorn.

För den inledande åttaårsperioden bör det reserveras totalt 74 miljoner kronor. Finansieringen bör täcka kostnader för tre forskningsledare (professorer), tre doktorander, föreståndare, informatör, lokaler och administrativt stöd. Institutets uppbyggnad bör följa en femårig plan med en inledande volym det första året om 4 miljoner kronor och full volym det fjärde året om 11 miljoner kronor.

6.3.2 Nationella forskarskolor

Utredningens förslag: Det ska inrättas två forskarskolor inom missbruksområdet i syfte att rekrytera fler forskare.

Den ena forskarskolan ska fokusera medicinsk och psykosocial behandling av personer med missbruk eller beroende av alla kända missbrukssubstanser, både etablerade och nya substanser.

Den andra ska fokusera riskbruk, tidig upptäckt och kort intervention eller andra insatser som syftar till att motverka att riskbruk bland barn och ungdomar övergår i mer etablerat missbruk eller beroende samt stöd till barn i familjer med missbruk.

Forskarskolorna ska vara en gemensam nationell resurs, men ledas från universitet med framstående forskning inom området, och vara öppna för forskarstudenter inom olika relevanta discipliner.

Staten ska tillhandahålla basfinansiering för de nationella forskarskolorna under en femårsperiod.

Fler forskare

Utöver att stärka finansiering och samordning är en viktig del i en förstärkning av forskningen inom missbruksområdet att öka antalet verksamma forskare. Utredningens analys av den svenska forskningen visar att konkurrensen om forskningsmedlen är lägre inom missbruksområdet än inom flertalet närliggande forskningsområden. För att skapa förutsättningar för en mer kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård är det sålunda angeläget att öka antalet forskare.

Utredningen ser nationella forskarskolor som ett effektivt medel för att samordna den forskning som i dag är splittrad på ett stort antal utförare och långsiktigt öka antalet forskare inom området.

Två forskarskolor

Utredningen anser att det bör inrättas två nationella forskarskolor i syfte att rekrytera fler forskare till missbruksområdet.

Den ena forskarskolan bör vara inriktad mot medicinsk och psykosocial behandling av personer med missbruk eller beroende av alla kända missbrukssubstanser, både etablerade och nya substanser.

Den andra bör vara inriktad mot riskbruk, tidig upptäckt och kort intervention eller andra insatser som syftar till att förhindra att riskbruk bland barn och ungdomar övergår i mer etablerat missbruk eller beroende.

Forskarskolorna ska vara en gemensam nationell resurs, men ledas från universitet med framstående forskning inom området, och de ska vara öppna för forskarstudenter från olika relevanta discipliner. De universitet och högskolor som ska leda forskarskolorna bör utses genom ett ansökningsförfarande enligt vilket intresserade universitet och högskolor i en ansökan beskriver hur de vill organisera den forskarskolan.

Staten bör tillhandahålla basfinansiering för verksamheten under en femårsperiod. Finansieringen bör omfatta kostnader för administrativ samordning, kursutveckling, föreläsare, lokaler och deltagande forskarstudenters resor samt två doktorandtjänster per forskarskola. Totalt för femårsperioden bör 35 miljoner kronor reserveras för de två nationella forskarskolorna.

6.3.3 Kompetenscentrum läkemedelsberoende

Utredningens förslag: Det ska inrättas ett nationellt kompetenscentrum för behandling av personer med missbruk eller beroende av läkemedel. Kompetenscentrat bör placeras vid ett av landets universitetssjukhus. Staten ska tillhandahålla basfinansiering under en inledande femårsperiod.

Begränsad kunskap om behandling av läkemedelsberoende

Missbruk eller beroende av läkemedel har en betydande utbredning i befolkningen. Enligt utredningens skattning uppgår antalet personer med missbruk eller beroende av lugnande medel och sömnmedel (sedativa och hypnotika) samt smärtstillande läkemedel (analgetika av opiattyp) till cirka 65 000 personer.

Trots att det rör sig om en numerärt stor grupp är forskningen om behandling mycket begränsad och nationella riktlinjer för behandling saknas. Kunskapen om hur effektiv behandling lämpligen organiseras är allt för begränsad.

Behandling ett ansvar för landstinget

Merparten av den problematiska läkemedelsanvändningen har sitt ursprung inom hälso- och sjukvården och av läkare förskrivna receptbelagda läkemedel. Det förekommer även problematisk läkemedelsanvändning av illegalt införskaffade läkemedel.

Även behandlingen är i första hand en fråga för hälso- och sjukvården. I okomplicerade fall är det ett ansvar för den behandlande läkaren att trappa ner den problematiska läkemedelsanvändningen. Primärvården har en central roll i detta sammanhang. I komplicerade fall krävs behandling i specialiserad vård. Beroendemottagningar eller motsvarande har en central roll när det gäller behandling i specialiserad vård. Det kan i behandlingen vara motiverat att använda både psykologiska och psykosociala metoder, eventuellt i kombination med läkemedelsbehandling.

Ansvaret för behandling ligger sålunda i första hand på landstingen i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården. Åtminstone i de befolkningsmässigt större landstingen finns i dag specialiserade verksamheter för målgruppen. Av utredningens kartläggningar framgår att det inom dessa verksamheter har utvecklats en förhållandevis enhetlig klinisk behandlingspraxis.

Nationellt kompetenscentrum

Utredningen anser att det bör inrättas ett nationellt kompetenscentrum för behandling av personer med missbruk eller beroende av läkemedel. Kompetenscentret ska vara en konsultativ resurs för vården i hela landet i ärenden som rör identifiering och behandling av personer med missbruk eller beroende av läkemedel. Den kliniska tyngdpunkten ska ligga på att tillgodose lokala och regionala vårdbehov samt att bedriva konsultation, kunskapsspridning och vidareutbildning. I viss omfattning kan centret ta emot utomlänsremisser. Den kunskapsmässiga grunden för verksamheten blir till en början i första hand beprövad erfarenhet, eftersom forskningsbaserad kunskap i princip ännu saknas. I denna uppgift ingår också att utarbeta rekommendationer för behandling samt att bedriva behandlingsforskning inom området. Kunskapscentret bör också systematiskt använda de erfarenheter som finns inom den organiserade brukarrörelsen, bland annat Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL).

Det nationella kompetenscentret bör placeras vid ett av landets universitetssjukhus med betydande klinisk erfarenhet av vård och behandling av personer med läkemedelsberoende. Klinisk verksamhet är en förutsättning för forsknings- och utvecklingsarbete. En viktig förutsättning är tillgång till klinisk farmakologisk kompetens för utredning av olika läkemedels egenskaper, biverkningar och samspel.

Kompetensen vid centret bör vara tvärprofessionell och omfatta läkare med specialistkompetens inom psykiatri respektive klinisk farmakologi samt sjuksköterska, psykolog och socionom. Psykiatrisk kompetens är viktig för att kunna bedöma och behandla beroendetillstånd, men också de underliggande psykiska sjukdomarna som är vanligt förekommande. Farmakologisk kompetens är viktig för att bedöma och hantera olika läkemedels egenskaper och samspel. Tillgång till sjuksköterskor, psykolog och socionom är viktigt för att tillgodose behovet av psykosociala, motiverande och omvårdande insatser.

Staten bör under en inledande period tillskjuta särskilda medel för kompetenscentrats uppbyggnad. De statliga medlen ska finansiera det forsknings- och utvecklingsarbete samt den kunskaps-spridning, bland annat rådgivning till andra vårdgivare och webb-information, som ska bedrivas till förmån för vården i hela landet. Landstinget ska finansiera den kliniska vård- och behandlings-verksamheten. Utgångspunkten är att den personal som finansieras i genomsnitt ska arbeta en tredjedel av tiden med klinisk verksamhet och två tredjedelar av tiden med forskning och utveckling samt kunskapsspridning. Utredningen bedömer att staten bör tillskjuta 12 miljoner kronor per år under en inledande femårs-period.

Den kompetens och statliga finansiering som utredningen anvisar utgör en bas. Det är givetvis möjligt för det landsting som blir värd för det nationella kompetenscentret att knyta ytterligare personal till centret. Finansiering av ytterligare personal är ett ansvar för landstinget.

Det universitetssjukhus som ska bli värd för det nationella kompetenscentret bör utses av Socialdepartementet genom ett särskilt ansökningsförfarande, enligt vilket intresserade sjukvårdshuvudmän i en ansökan beskriver hur de vill organisera kompetenscentret.

6.3.4 Kompetenscentrum dopningsmedelsmissbruk

Utredningens förslag: Det bör inrättas ett nationellt kompetenscentrum för behandling av personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel. Kompetenscentret bör placeras vid ett av landets universitetssjukhus. Staten ska tillhandahålla basfinansiering under en inledande femårsperiod.

Begränsad kunskap om behandling av dopning

Missbruk eller beroende av dopningsmedel är jämfört med flera andra former av missbruk eller beroende förhållandevis ovanligt. Det saknas entydiga uppgifter om prevalensen i den svenska befolkningen. Enligt utredningens skattning uppgår antalet frekventa användare till cirka 10 000. Användningen är främst koncentrerad till yngre män.

Forskningen om behandling är mycket begränsad och nationella riktlinjer för behandling saknas. Statens beredning för medicinsk utvärdering har konstaterat att forskningen är allt för begränsad för att det ska vara möjligt att identifiera evidensbaserade insatser.

Den kartläggning som utredningen låtit göra indikerar att dopning allt för sällan identifieras i kontakterna med hälso- och sjukvård och socialtjänst och att specifik behandling finns på mycket få platser i landet. Endast på några få platser i landet finns specialistkompetens och möjligheten för en behandlingsansvarig att kunna konsultera specialist i komplicerade fall är mycket begränsad.

Behandling av personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel kan närmast jämföras med behandling av personer med missbruk eller beroende av narkotika eller av läkemedel. Det huvudsakliga behandlingsansvaret för målgruppen faller sålunda på hälso- och sjukvården.

Nationellt kompetenscentrum

Utredningen anser mot denna bakgrund att det bör inrättas ett nationellt kompetenscentrum för behandling av personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel. Kompetenscentret ska vara en konsultativ resurs för missbruks- och beroendevården i hela landet i ärenden som rör behandling av personer med missbruk

eller beroende av dopningsmedel. Den kliniska tyngdpunkten ska ligga på att tillgodose lokala och regionala vårdbehov samt att bedriva konsultation, kunskapsspridning och vidareutbildning. I viss omfattning kan centret ta emot utomlänsremisser. Den kunskapsmässiga grunden för verksamheten blir till en början i första hand beprövad erfarenhet, eftersom forskningsbaserad kunskap i princip ännu saknas. I denna uppgift ingår också att utarbeta rekommendationer för behandling samt att bedriva behandlingsforskning inom området. Kunskapscentret bör också systematiskt använda de erfarenheter som finns när det gäller dopning inom idrottsrörelsen och antidopningsarbetet.

Det nationella kompetenscentret bör placeras vid ett av landets universitetssjukhus med betydande klinisk erfarenhet av vård och behandling av personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel. En annan viktig förutsättning är tillgång till den laboratoriekompetens som krävs för analys av dopningsmedel.

Kompetensen vid centret bör omfatta läkare med specialistkompetens inom psykiatri respektive endokrinologi samt sjuksköterska, psykolog och socionom. Psykiatrisk kompetens är viktig för att kunna bedöma och behandla beroendetillstånd, men också de underliggande psykiska sjukdomar som är vanligt förekommande. Endokrinologisk kompetens är viktig för att bedöma och hantera de hormonella effekter som följer av dopning. Tillgång till sjuksköterska, psykolog och socionom är viktigt för att tillgodose behovet av psykosociala, motiverande och omvårdande insatser.

Staten bör under en inledande period tillskjuta särskilda medel för kompetenscentrets uppbyggnad. De statliga medlen ska finansiera det forsknings- och utvecklingsarbete samt den kunskapsspridning, bland annat rådgivning till andra vårdgivare och webbinformation (jfr. Dopingjouren), som ska bedrivas till förmån för vården i hela landet. Landstinget ska finansiera den kliniska vård- och behandlingsverksamheten. Utgångspunkten är att den personal som finansieras i genomsnitt ska arbeta en tredjedel av tiden med klinisk verksamhet och två tredjedelar av tiden med forskning och utveckling samt kunskapsspridning. Utredningen bedömer att staten bör tillskjuta 10 miljoner kronor per år under en inledande femårsperiod.

Den kompetens och statliga finansiering som utredningen anvisar utgör en bas. Det är givetvis möjligt för det landsting som blir värd för det nationella kompetenscentret att knyta ytterligare

personal till centret. Finansiering av ytterligare personal är ett ansvar för landstinget.

Det universitetssjukhus som ska bli värd för det nationella kompetenscentret bör utses av Socialdepartementet genom ett särskilt ansökningsförfarande, enligt vilket intresserade sjukvårdshuvudmän i en ansökan beskriver hur de vill organisera kompetenscentret.

6.4 Utbildning för högre kompetens

Utredningens bedömning: De yrkesverksammas kompetens måste höjas i olika avseenden för att uppnå målsättningen om en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård.

Det är i många fall en krävande uppgift att upprätthålla en kunskapsbaserad praktik. För att kunna utreda behov av och utföra kunskapsbaserade insatser krävs speciell utbildning och kompetens, bland annat för att diagnostisera olika missbruks- och beroendetillstånd, bedöma vårdbehov och ge olika målgruppspecifika behandlings- och stödinsatser. Inom delar av missbruks- och beroendevården ställer arbetet också krav på kunskap om både psykiatrisk och somatisk omvårdnad. Den önskvärda kompetensen är således av sammansatt natur och måste inhämtas både genom studier och träning.

Utredningens kartläggningar och analys visar att personalens kompetens generellt är allt för begränsad inom missbruksområdet. Detta gäller flera olika personalgrupper. Inom delar av missbruks- och beroendevården saknar baspersonalen specifik utbildning för de uppgifter de utför. Det råder ofta brist på utredande och behandlande personal med specialistkompetens, till exempel läkare, psykologer, psykoterapeuter och socionomer. Befintliga specialistutbildningar har begränsande inslag om missbruk och beroende. För några yrkesgrupper saknas specialistutbildning, till exempel socionomer.

Huvudmännens representanter och andra med ansvar för missbruks- och beroendevården framhåller ofta denna brist som en huvudorsak till att vården inte kan bedrivas i enlighet med antagna måldokument, nationella riktlinjer och uppfattningar om vad som är bästa vård.

Utredningen anser mot denna bakgrund att det behöver göras ett kompetenslyft inom missbruks- och beroendevården. Kompetensen hos baspersonalen måste utvecklas. Grundutbildningarna för relevanta yrkesgrupper måste vidareutvecklas. Möjligheterna till specialistutbildning måste förbättras.

6.4.1 Grundutbildning för baspersonal inom missbruks- och beroendevården

Utredningens förslag: Det ska inrättas två nationellt normerade yrkesutbildningar för personal inom vård- och stödverksamheter på missbruksområdet, lämpligen inom ramen för Yrkeshögskolan.

Den ena utbildningen ska vara grundläggande, omfatta sex månaders studier och rikta sig till yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården.

Den andra utbildningen ska vara fördjupande, omfatta två års studier och leda till en kvalificerad yrkesexamen, samt främst rikta sig till dem som vill börja arbeta inom missbruks- och beroendevården.

Utbildningarna bör bland annat ge kunskap om missbruks- och beroendetillstånd, värdegrundsfrågor, bemötande av klienter och närstående, samt somatisk och psykiatrisk omvårdnad. Den längre utbildningen bör även ge kunskap om ett antal evidensbaserade metoder inom missbruksområdet och avslutas med ett examensarbete. Utbildningarna bör innehålla 25 procent praktik.

Myndigheten för yrkesutbildning bör ges i uppdrag att pröva ansökningar om att bedriva utbildningarna och utöva tillsyn över verksamheten. Utbildningarna bör ge rätt till studiemedel.

Baspersonalens kompetens behöver höjas

I dag saknas gemensamma grundläggande kompetenskrav för att arbeta inom missbruks- och beroendevården. Utredningens analys av kompetens och utbildning visar att personal inom delar av missbruks- och beroendevården saknar specifik utbildning för arbetsuppgifterna. I första hand gäller detta inom verksamheter

med tyngdpunkt på omvårdnads- och stödinsatser inom den slutna vården, till exempel HVB.

Utredningen anser att det föreligger ett betydande utbildningsbehov på grundläggande nivå. Utredningen har konstaterat att den öppna verksamheten genomgått en kraftig expansion och att den personalmässigt domineras av behandlingsassistenter, socialsekreterare och sjuksköterskor. Det kan ifrågasättas om kompetensen är tillräcklig med tanke på att missbruks- och beroendevården utvecklats allt mer systematiska arbetsformer. Vidare kan konstateras att flera av de metoder som i dag erbjuds inte är evidensbaserade.

För att uppnå målsättningen om en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård är sålunda en viktig framtidsfråga hur baspersonalens kompetens kan utvecklas och stärkas.

Basutbildningar saknas

Utredningen har noterat att det i Sverige saknas allmän grundutbildning om missbruk och beroende, till exempel inom yrkesutbildningens ram. I flera andra länder finns normerade utbildningar som syftar till att möta kompetensbehoven hos nämnda baspersonal.

Det rör sig om numerärt jämförelsevis stora personalgrupper. Tyvärr saknas närmare uppgifter om antalet som arbetar i vården. Utredningen har dock utifrån kommunernas och landstingens kostnader uppskattat att missbruks- och beroendevården i dag sysselsätter mellan 20 000 och 30 000 personer på olika befattningar. Personal med huvudsakliga omvårdnads- och stöduppgifter utgör en stor andel, bland annat behandlingsassistenter, undersköterskor och mentalskötare.

Utredningen anser mot denna bakgrund att det föreligger starka skäl att tillskapa nationellt normerade grundläggande utbildningar för yrkesverksamma med omvårdnad och stöd som huvudsakliga arbetsuppgifter. Utbildning är ett viktigt medel för att höja vårdens kvalitet, öka tryggheten för brukarna, och därigenom uppnå en mer kunskapsbaserad vård.

Det är också rimligt att vissa grundläggande utbildningskrav ingår i en framtida auktorisering av behandlingsverksamheter inom missbruks- och beroendevården (jfr avsnitt 6.1.1). Utifrån ett

arbetsgivarperspektiv bör också nationellt normerade utbildningar underlätta vid rekrytering av personal.

Två nya yrkesutbildningar

Utredningen ser behov av två grundläggande utbildningar med inriktning mot omvårdnad och stöd, dels en enklare utbildning för redan yrkesverksamma inom vården, och dels en mer omfattande utbildning främst avsedd för den som vill börja arbeta inom vården.

Den kortare utbildningen på sex månader är tänkt att möta utbildningsbehoven hos det inte obetydliga antalet i dag verksamma inom missbruks- och beroendevården som saknar specifik utbildning för arbetsuppgifterna, men som uppvisat personlig lämplighet och engagemang, samt inte sällan har personlig tidigare erfarenhet av missbruk och beroende. De yrkesverksamma som utgör målgruppen för utbildningen återfinns vanligen inom vård- och stödverksamheter som drivs av organisationer inom den idéburna sektorn, men även i viss mån inom verksamheter som drivs av kommun, landsting och stat.

Utredningen ser det som nödvändigt att förbättra personalens teoretiska baskunskaper, men bedömer det inte vara realistiskt att i närtid kräva att alla ska genomgå en tvåårig utbildning. Eftersom arbetsuppgifterna i första hand består av omvårdnad och stöd, bör utbildningen enligt utredningens mening primärt syfta till att ge grundläggande kunskap om olika missbruks- och beroendetillstånd, värdegrund och bemötande, samt somatisk och psykiatrisk omvårdnad. Information om gällande lagstiftning och regelverk bör även ingå i utbildningen.

Den kortare utbildningen bör vara en tidsbegränsad kompetenshöjande insats, eftersom den har redan yrkesverksamma som målgrupp. Ny personal bör redan vid anställningstillfället ha genomgått utbildning som minst uppfyller motsvarande kompetenskrav.

Den längre utbildningen är tänkt att möta utbildningsbehovet hos den som i framtiden avser arbeta med omsorgs- och stöduppgifter inom missbruks- och beroendevården, men även hos redan verksamma som har behov av fördjupade kunskaper. Utöver grundläggande kunskap om olika missbruks- och beroendetillstånd, värdegrund och bemötande, samt somatisk och psykiatrisk omvårdnad, bör utbildningen ge kunskap om ett antal vanligt

förekommande evidensbaserade metoder. Den bör också ge möjlighet till individuell fördjupning genom examensarbete.

Den längre utbildningen bör vara en långsiktig kompetenshöjande insats, eftersom det under överskådlig tid kommer att finnas ett behov av personal med missbruks- och beroendespecifik omvårdnads- och stödkunskap.

Utredningen har övervägt olika former för yrkesutbildningar för personal med i huvudsak omsorgs- och stöduppgifter på missbruksområdet.

Att förlägga yrkesutbildningarna vid universitet och högskola är ett alternativ. Det skulle medföra fördelar i form av en starkare forskningsbas och högre status för utbildningen. Sådana utbildningsprogram finns redan i dag på några platser, bland annat vid Linnéuniversitetet och Örebro universitet. Mälardalens högskola har i samarbete med Örebro universitet under ett antal av år bedrivit ett socionomprogram med särskild inriktning mot missbruksvård. Detta program bedrivs dock inte längre som ett resultat av centrala direktiv om att socionomutbildningarna ska vara mer generella. Utredningen har genom kontakter med en lång rad verksamheter även inhämtat att några arbetsgivare har som policy att endast nyanställa personer med akademisk utbildning, vanligen socionomer. Bakgrunden till detta är en strävan att öka kompetensnivån i verksamheten.

Utredningen ser positivt på att det utvecklas nya högskoleutbildningar för olika yrkesgrupper inom missbruks- och beroendevården, men bedömer samtidigt att kompetensläget inom missbruks- och beroendevården påkallar bredare och snabbare utbildningsinsatser. För att det ska vara möjligt att snabbt höja kompetensnivå anser utredningen istället att det bör utvecklas en nationellt normerad grundläggande utbildning inom ramen för yrkeshögskolan.

Yrkeshögskoleutbildningar omfattar minst sex månaders studier, men vanligtvis ett till två års studier. Utbildningar på minst ett år kan leda till yrkeshögskoleexamen och utbildningar på minst två år kan leda till kvalificerad yrkeshögskoleexamen. Detta förutsätter dock att utbildningarna innehåller 25 procent praktik och examensarbete. Från och med 2013 kommer hela yrkeshögskolan att bygga på yrkeshögskoleutbildningar.

6.4.2 Grundutbildningar vid universitet och högskola

Utredningens förslag: De universitet och högskolor som bedriver grundutbildning av sjuksköterskor, socionomer, psykologer och läkare ska stimuleras till att utöka och fördjupa inslagen om missbruk och beroende i utbildningsprogrammets obligatoriska delar.

Begränsade inslag om missbruk och beroende

Flera yrkesgrupper med utbildning på högskolenivå har centrala roller i utrednings- och behandlingsarbetet inom missbruks- och beroendevården, bland annat läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer. Dessa yrkesgrupper kommer också ofta i kontakt med personer med missbruk eller beroende även utanför den specialiserade missbruks- och beroendevården, till exempel inom primärvården, företagshälsovården, elevhälsovården, studenthälsovården och socialtjänstens olika delar.

Utredningens kartläggningar visar att innehållet i de olika utbildningsprogrammen varierar mycket mellan olika universitet och högskolor samt att inslagen om missbruk och beroende är mycket begränsade och ibland är av endast valbar karaktär. Det finns förvisso exempel på ambitiösa kurser, men generellt är inslagen om missbruk och beroende alltför begränsade. Denna bild av grundutbildningarna har också bekräftats i utredningens kontakter med företrädare för utbildningsanordnare samt professions- och yrkesföreningar.

I flera av de länder utredningen besökt och studerat är inslagen om missbruk och beroende avsevärt mer omfattande i relevanta grund- och specialistutbildningar. Exempelvis finns i några länder, till skillnad från i Sverige, specialistutbildning för läkare i beroendemedicin.

Mot denna bakgrund ser utredningen det som angeläget att inslagen om missbruk och beroende ökar i för missbruks- och beroendevården relevanta utbildningsprogram vid universitet och högskolor.

Stimulans till högskolor och universitet

Under utredningsarbetet har övervägt möjligheten att genom reglering mer i detalj styra utformningen av utbildningsprogrammen. Av respekt för den rådande ordningen med självständiga universitet och högskolor bedöms dock detta inte vare en framkomlig väg.

I stället anser utredningen att universitet och högskolor ska stimuleras till att utöka och fördjupa inslagen om missbruk och beroende i relevanta grundutbildningar. Det kan ske genom att regering och riksdag genomför utredningens förslag till ny lagstiftning. Staten kan också genom forskningssatsningar inom missbruksområdet indirekt bidra till detta. Det är utredningens erfarenhet att stark forskning inom ett visst område brukar återspeglas på grundutbildningsnivån. Det bör också vara möjligt att åstadkomma detta genom att huvudmännen för missbruks- och beroendevården tydligare efterfrågar denna kompetens hos utbildningsanordnarna.

Utredningen bedömer följaktligen att förslagen om förstärkta forskningsresurser på sikt kommer att innebära större inslag om missbruk och beroende i relevanta grundutbildningar. Det forskningsinstitut och de kompetenscentra som föreslås inrättas bör också kunna bistå lärarna vid universiteten och högskolorna med fortbildning (jfr avsnitt 6.3.1).

6.4.3 Yrkesspecifika specialistutbildningar

Utredningens förslag: Universitet och högskolor som bedriver grundutbildning för psykologer, sjuksköterskor och socionomer ska genom ett statligt bidrag stimuleras till att utveckla specialistutbildningar med inriktning mot missbruks- och beroendevård för dessa yrkesgrupper. Det statliga bidraget bör fördelas av Högskoleverket efter samråd med Socialstyrelsen.

Behov av specialistkompetens

Det finns ett stort behov av fördjupning och vidareutbildning för verksamma inom missbruks- och beroendevården. Utredningen har i kontakterna med huvudmännen för missbruks- och beroendevården ofta mött uppfattningen att de gängse grundutbildningarna

ger generalistkompetens, men inte tillräckligt mycket kunskap om missbruk och beroende för att arbeta inom specialiserad missbruks- och beroendevård. Exempelvis är erfarenheten är att en nyexaminerad socionom, psykolog eller sjuksköterska inte utan avsevärda handlednings- och fortbildningsansträngningar från huvudmannens sida kan fungera självständigt i sitt arbete.

Utredningens analys har bland annat identifierat brister när det gäller att systematiskt utreda och bedöma behovet av insatser. För att kunna genomföra en adekvat utredning och bedömning, liksom för att tillsammans med brukaren kunna planera och följa upp insatserna, behövs i många fall specialistkompetens, till exempel vid utredning av sociala förhållanden, funktionsnivå och neuropsykiatriska frågeställningar. Andra uppgifter för psykologer, sjuksköterskor, socionomer och andra yrkesgrupper med specialistutbildning inom missbruksområdet är att handleda och instruera övrig personal.

Även ur ett brukarperspektiv är det viktigt att en patient kan känna trygghet med att till exempel en psykolog som utger sig för att vara specialist på beroendetillstånd besitter en viss stipulerad kunskaps- och färdighetsnivå.

Nya specialistutbildningar

Utredningen anser mot denna bakgrund att universitet och högskolor som bedriver grundutbildning för psykologer, sjuksköterskor och socionomer bör stimuleras till att utveckla specialistutbildningar med inriktning mot missbruks- och beroendevård för dessa yrkesgrupper.

I dag har olika yrkesgrupper olika system för yrkesmässig specialisering efter grundutbildning.

På den medicinska sidan finns sedan länge sammanhållna specialistutbildningar, men dock inte med inriktning mot missbruk och beroende. Sjuksköterskornas utbildning finansieras av den enskilde vanligtvis genom studiemedel och läkares utbildning finansieras genom särskilda ST-tjänster under fem år. Av befintliga specialistprogram för sjuksköterskor och läkare är det snarast de med inriktning mot psykiatrisk vård respektive allmänpsykiatri som förbereder för arbete inom missbruks- och beroendevården.

Även för psykologer finns en specialistordning antagen av Sveriges Psykologförbund. Den omfattar en utbildning i flera steg

och ger efter examination specialistbehörighet, vilken utfärdas av Sveriges Psykologförbunds specialistråd. För närvarande utfärdas inte specialistbehörighet inom missbruksområdet, men inslag om missbruk och beroende ingår i specialiteterna klinisk psykologi och pedagogisk psykologi. Det pågår ett arbete med att ta fram en specialisteriktning för psykologer verksamma inom missbruksområdet. Vid Göteborgs universitet har det nyligen inrättats ett masterprogram i missbruks- och beroendevetenskap med inriktning mot psykologi respektive socialt arbete.

För socionomer saknas i dag system för specialistutbildning, motsvarande de ovan beskrivna.

Internationellt finns, som nämnts ovan, specialistutbildningar inom missbruksområdet i flera länder, bland annat i beroendemedicin för läkare. De erfarenheter utredningen tagit del av från olika länder är att specialistutbildningarna bidrar positivt till adekvat bedömning och behandling av olika missbruks- och beroendetillstånd.

Generellt gäller att arbetsgivaren har ansvaret för att personalen besitter och underhåller den kompetens som krävs för arbetsuppgifterna. Med undantag för läkare gäller detta också specialistutbildningar. Det finns dock enligt utredningens mening goda skäl för att staten tar ett visst finansiellt ansvar för att stimulera utvecklingen av specialistutbildningar.

Detta sker lämpligen genom ett statligt bidrag till universitet och högskolor som bedriver grundutbildning för psykologer, sjuksköterska och socionomer.

Ingen specialistutbildning i beroendemedicin för läkare

Läkarnas femåriga specialiseringstjänstgöring regleras genom Socialstyrelsens allmänna råd (SOF 2008:17). De allmänna råden behandlar bland annat frågor om kvalitet, handledning, typer av specialiteter samt prövning och godkännande. Bas-, gren- och tilläggspecialitet kan fastställas.

I ett internationellt perspektiv har Sverige ett större antal specialiteter än övriga nordiska länder, Island undantaget. I ett europeiskt och internationellt perspektiv är dock variationen stor, med länder som Irland och USA som etablerat ett stort antal specialiteter. I några av dessa länder finns specialistutbildning i beroendemedicin.

I Sverige finns i dag totalt ett 60-tal läkarspecialiteter, men inte någon i beroendemedicin. Enligt de allmänna råden ska dock specialistläkare i psykiatri kunna handlägga sjukdomar inom beroendemedicin. I delmål sex sägs att specialisten i psykiatri ska kunna handlägga vanliga substansberoendetillstånd samt ha kännedom om deras komorbiditet med internmedicinska tillstånd och med övriga psykiska sjukdomar.

Utredningen har övervägt att föreslå att det ska införas en tilläggspecialitet i beroendemedicin för läkare. Aktuella basspecialiteter är i första hand psykiatri och allmänmedicin, men även neurologi samt invärtesmedicinska och kirurgiska specialiteter kan vara aktuella. För detta talar att inslagen om beroendekunskap är begränsade i såväl grundutbildningen som specialistutbildningen i psykiatri. På sikt kan kanske en särskild specialitet i beroendemedicin även bidra till att underlätta rekryteringen av läkare till missbruks- och beroendevården genom att höja beroendemedicinens status.

För övrigt har införandet av en ny specialitet för rus- och avhengighetsmedicin har nyligen utretts i Norge. Den arbetsgrupp som utrett frågan rekommenderar att det införs en ny basspecialitet. Detta ställningstagande bygger på att arbetsfältet definieras som ett eget fackområde. De huvudsakliga motiven för att inrätta den nya basspecialiteten är ett expansivt kunskapsfält med ökade specifika behandlings- och utredningsmöjligheter, med stora icke tillgodosedda vårdbehov och hög prevalens av beroendesjukdomarna. Dessa argument har samma giltighet för de svenska förhållandena.

Samtidigt ska det framhållas att det är vanligt med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk sjukdom. Detta ser utredningen som ett tungt vägande skäl för att inte bryta ut beroendemedicin från specialistutbildningen i psykiatri. Vidare är den allmänna trenden att antalet specialiteter minskar. Ytterligare specialisering kan också försvåra rekryteringen av läkare till missbruks- och beroendevården. Redan i dag råder det brist på läkare med specialistutbildning i psykiatri.

Utredningen anser att det i nuläget inte är motiverat att införa en specialistutbildning i beroendemedicin för läkare. Istället vill utredningen utveckla specialistutbildningen i psykiatri, för att bättre möta behoven inom missbruks- och beroendevården, genom att utöka inslagen om beroendekunskap.

7 Vård utan samtycke

Inom den nuvarande missbruks- och beroendevården finns det två lagar som för vuxna personer reglerar möjligheten att ge vård utan samtycke. Den ena lagen är lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), som reglerar tvånget inom den kommunala socialtjänsten och utövas vid LVM-hem som drivs av Statens Institutionsstyrelse. Den andra lagen är lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), som reglerar tvångsvården inom landstingets hälso- och sjukvård.

En tredje lag ger möjligheter till vård utan samtycke inom socialtjänsten av personer som är under 20 år, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Härutöver finns föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård för lagöverträdare i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB) kan polisen omhänderta den som är berusad av alkoholhaltiga drycker eller annat berusningsmedel. Utredningen tar ställning till LVM och LPT här. LOB behandlar utredningen i avsnitt 8.1. De övriga lagarna ingår inte i utredningens uppdrag.

Utredningen har i en diskussionspromemoria, som publicerades i början av 2010, redogjort för den historiska utvecklingen och för sin syn på bristerna i dagens tvångsvård. Utredningen har vidare där presenterat tre alternativa modeller för att stärka individens ställning inom tvångsvården. Redogörelsen i diskussionspromemorian samt de alternativa modellerna och remissinstansernas synpunkter på dessa återges i kapitel 16.

Som framgår av kapitel 16 har intagningarna för vård utan samtycke enligt LVM sjunkit under en följd av år så att antalet tvångsvårdade enligt lagen uppgår till cirka 300 personer per dag. Cirka två tredjedelar av dessa fyller tillika enligt aktuella studier kriterierna för en eller flera andra psykiatriska diagnoser. Samtidigt vårdas under en dag cirka 1 400 människor i heldygnsvård enligt

LPT. Hälften eller fler av dessa har någon grad av missbruks- eller beroendeproblem.

Som också framgått av bland annat kapitel 16 är varken LPT-vården inom hälso- och sjukvården eller den av Statens institutionsstyrelse bedrivna LVM-vården inom socialtjänsten organiserad på ett optimalt sätt för att behandla denna samsjuklighet.

7.1 Vård med och utan samtycke

Utredningens bedömning: Vård utan samtycke vid missbruk eller beroende ska endast ges i undantagsfall och under förutsättning att insatsen ingår som en länk i en sammanhängande vårdkedja. Samtidig förekomst av andra psykiska sjukdomar förstärker behovet av vård.

För att markera att vården utan samtycke ingår som ett led i en vård- och stödprocess dominerad av frivilliga insatser väljer utredningen att genomgående tala om vård utan samtycke i stället för tvångsvård.

Vi är alla i Sverige enligt 2 kap. 8 § regeringsformen skyddade mot frihetsberövande gentemot det allmänna. Denna rättighet får enligt samma kapitel 12 § begränsas enligt lag, dock endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Vidare anges i artikel 5 i Europakonventionen om skydd för mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna att var och en har rätt till frihet och personlig säkerhet. Om det föreskrivs i lag får dock frihetsberövande ske av bland annat personer som missbrukar alkohol och droger.

Utredningens grundläggande utgångspunkt är att missbruks- och beroendevården ska vara frivillig i den meningen att människor utifrån sina behov ska erbjudas vård och stöd som de kan samtycka till eller avböja. Detta är helt i överensstämmelse med vad som gäller för andra sjukdomstillstånd, där den vårdsökande i regel har absoluta så kallade negativa rättigheter, det vill säga rätten att tacka nej till föreslagen utredning eller behandling. Dessa negativa rättigheter kombineras med få, men viktiga positiva rättigheter. Den viktigaste av dessa är rätten att få individuellt anpassad och korrekt information om sitt hälsotillstånd. Hit hör också adekvata

råd och förslag till vad som kan göras för att häva ohälsan eller minska riskerna för framtida ohälsa.

7.1.1 Principerna för missbruks- och beroendevården

Utredningen anser att missbruks- och beroendevården ska följa samma principer om frivillighet som finns inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten i övrigt. En viktig utgångspunkt är att det inte finns skäl att särbehandla människor med missbruks- eller beroendeproblem i samband med vård, stöd eller behandling. Att människor ibland träffar okloka val, som ur både allmänmänskligt och professionellt perspektiv ter sig oförnuftiga och ohälsosamma, innebär i normalfallet inte att samhället har rätt att gripa in och med tvångsmedel se till att människan i fråga väljer ett förnuftigare alternativ. Emellertid finns det vissa speciella omständigheter på detta område som måste beaktas. Den första omständigheten är att personer som lider av missbruks- och beroendetillstånd i vissa fall inte spontant inser sitt vårdbehov utan det behövs ett motiveringsarbete. En annan omständighet är att en väsentlig orsak till att endast en mindre andel av dem som har ett vårdbehov på grund av missbruk eller beroende kommer till vård är att vården är organiserad på ett sätt som inte är ändamålsenligt, och därutöver uppvisar brister i tillgänglighet, bemötande och innehåll.

Men även om dessa brister förhoppningsvis kan åtgärdas, bedömer utredningen att behovet av att motivera personer till att söka vård kommer att bestå. Behovet av att motivera människor att ta emot hjälp, ändra beteende eller genomgå behandling är dock inte unikt för detta vårdområde, utan det finns även inom snart sagt alla andra vårdområden. Målet med att motivera någon till att ta emot vård i olika former är ett frivilligt vårdsökande, och innebär således inte något avsteg från vårdens grundprincip. Detta arbete underlättas om det finns en god tillgänglighet till adekvata vårdinsatser och om väntetiderna är korta. Förstärkta tillgänglighetsgarantier av olika slag kan motiveras på detta sätt. Olika strategier för att behålla och öka människans motivation till beteendeförändring, följsamhet till ordinationer och deltagande i program är integrerade inslag i de flesta behandlingsinsatser. Motivationsarbetet kan därför inte anses avslutat i och med att människan accepterar erbjuden vård.

En annan omständighet är att intensiv användning av psykoaktiva substanser ibland kan grumla omdömet på ett så grundläggande sätt att människans egen förmåga att fatta välgrundade beslut mot bakgrund av sina egna bästa intressen upphör eller blir starkt nedsatt. Motiveringsarbetet kan även vara otillräckligt när drogsuget är den starkaste impulsen för personen i fråga, vilken blir styrande för människans så gott som alla handlingar

Det kan i dessa fall röra sig om situationer när livet är i fara, eller det i vart fall föreligger allvarliga och akuta hälsorisker. Man kan hävda att den enskilde till synes väljer drogen trots att riskerna för sjukdom, lidande och död är överhängande, men man kan likväl hävda att dessa val är fiktiva, eftersom beroendet tagit över den fria viljeytringen, så att han eller hon de facto inte träffar några egna fria val. Detta kan då motivera att man tillfälligt går ifrån den vårdetiska principen om självbestämmande, till förmån för principen om att göra gott.

Detta resonemang blir mer komplicerat när det ska tillämpas för att berättiga en tvångsvård under längre tid. Även om någon absolut tidsgräns inte kan anges för hur lång tid som ska ha förflutit innan man kan anse att en människas val är i samklang med hennes autentiska vilja, blir det tveksamt att under flera månader hävda att någon i denna mening "inte är sig själv". Till slut får man nog dra slutsatsen att de ohälsosamma och farliga valen så långt man kan bedöma ändå är uttryck för vad personen själv väljer. Däremot är ett resonemang i termer av att dessa val inte är i människans eget bästa intresse möjligt att behålla under längre tid. Att mer sokratiskt resonera om konsekvenser av olika val, och stimulera den enskilde till att själv föreslå olika möjligheter till förändringar är en av strategierna inom motiverande samtal (motivational interviewing).

Ibland kan man anta att om den aktuella människans omdöme inte hade varit så starkt grumlat på kemisk väg, och om suget efter drogen inte varit så överväldigande, så hade han eller hon velat och själv valt att få hjälp med att hantera missbruket – en typ av presumerat samtycke. Förhoppningsvis innebär den insats som samhället gör oberoende av samtycke i dessa situationer ungefär det som den enskilde själv skulle ha valt, om han eller hon hade haft ett mer intakt omdöme. Dessa situationer sammanfaller med dem som den nuvarande psykiatriska tvångsvårdslagen LPT berör. Begreppen inom denna lagstiftning är allvarlig psykisk störning i

kombination med ett oundgängligt behov av vård och vägran att ta emot sådan erbjuden vård.

7.1.2 Livräddande och rehabiliterande insatser

I akuta situationer, när livet eller allvarlig skada bokstavligen riskeras, torde de flesta erkänna att ett gott samhälle bör hålla sig med en noga lagreglerad och rättssäkert utformad möjlighet att ge vård oberoende av den enskildes samtycke. Ett exempel kan vara den unga heroinberoende kvinna som införs till en akutmottagning efter en överdos. Hon är vid ankomsten okontaktbar och andningsreflexen är utslagen. Hon får omedelbart andningsunderstöd och motgift mot heroinet, och kvicknar till efter några minuter, men drabbas snabbt av våldsamma abstinensbesvär. Hon vägrar kategoriskt att kvarstanna för vård och fortsatt övervakning, utan lämnar brådstörtat akutmottagningen med droppslangen hängande efter sig för att så snart som möjligt försöka få tag i mer heroin. I ett sådant fall är nog enigheten stor om att det goda samhället och den goda vården bör ha möjligheter att trots hennes vägran behålla henne på sjukhuset för att minska risken för att nästa heroindos ska döda henne, och för att ha möjlighet hjälpa henne med abstinensbesvären på ett medicinskt säkert sätt. Kan denna vård utan samtycke även bli inledningen till en mer långsiktig behandling med samtycke är det desto bättre.

Även i situationen när en måttligt alkoholpåverkad och olycklig man försöker ta sitt liv genom att hoppa ner från en bro bör de flesta hålla med om att det goda samhällets representanter på ett reglerat och rättssäkert sätt bör kunna hindra honom från att fullfölja sitt självmord och hålla kvar mannen tillräckligt länge så att den akuta självmordsrisken förhoppningsvis minskar. Det ska även kunna konstateras om självmordsförsöket är ett uttryck för exempelvis en depressionssjukdom som i så fall ska behandlas.

Meningarna går dock mer i sär när det kommer till frågan om hur länge tvånget rätteligen bör kunna utövas, och vad vården utan samtycke bör innehålla. Utredningen har mött synpunkten att personer med beroendetillstånd behöver kunna vårdas utan samtycke under långa tidsperioder, eftersom det tar tid att ställa om sitt tänkande och hitta nya banor i livet. Även om de akuta abstinenssymtomen viker inom några dygn, tar det betydligt längre tid för det centrala nervsystemet att återhämta sig. Resultaten av

kliniska bedömningar och psykologiska test kan ge osäkra resultat om de utförs utan att patienten hunnit återhämta sig tillräckligt efter en tid av intensivt missbruk. Detta kan anföras som motiv för en längre tids kontrollerad avhållsamhet från drogen, eventuellt under tvångsvård.

Utredning och planering av de mångskiftande vård-, behandlings- och stödinsatser som behövs för att öka chanserna för ett liv utan missbruk är också tidskrävande, och tvångsvården bör enligt detta synsätt kunna fortgå tills dessa planer kan genomföras, annars är risken för återfall stor. Det finns även visst stöd för att längre tids vård ger bättre resultat än kortare tids vård vid komplicerade beroendetillstånd. Om denna vård inte kan ges i frivilliga former, kan den ges utan samtycke (eventuellt som öppenvårdstvång), inledd med institutionsvistelse, och kan då ha bättre effekter på sikt än kortvariga vårdinsatser.

Vård utan samtycke kan således vara nödvändigt under den tid som behövs för att förändra en situation som är destruktiv både för den enskilde själv och hans eller hennes omgivning. Men en annan ståndpunkt är att endast akut mer eller mindre livräddande tvång kan vara motiverat. Enligt detta synsätt är det kontraproduktivt att månadsvis tvingas till vård, vilket kan bidra till att skapa en längtan till revolt mot hela vårdapparaten och därmed vara allt annat än motivationshöjande. Det finns även visst stöd för att långa perioder av inlåsning på institution kan ha dessa effekter. Det torde särskilt vara fallet om vårdens behandlingsinnehåll upplevs som obefintligt eller verkningslöst. Innehållet i den vård som ges under tvång måste därmed också diskuteras. Det som kan göras under tvång är försök till att skapa motivation och erbjuda utredning och kartläggning. Tiden bör utnyttjas till att, utöver detta, ge bästa tillgängliga behandling efter tillräcklig utredning.

Naturligtvis finns det möjligheter att in ta flera tänkbara positioner mellan de skisserade polerna. Å ena sidan rehabiliterande tvångsvård som kan tillåtas pågå under mer utsträckta tidsperioder och å den andra sidan endast livräddande tvångsvård under akuta skeden. Uppenbarligen måste såväl motiven för att ingripa med vård utan samtycke, som tiden under vilken sådan vård ska kunna ges, och innehållet i vården, diskuteras samlat.

7.1.3 Utredningens slutsatser om principerna för vård utan samtycke

Utredningens bedömning är att vård inom missbruks- och beroendevården i normalfallet ska vara frivillig och formuleras som erbjudanden till den enskilde, enligt samma principer som är gängse inom hälso- och sjukvården. Människor med missbruk eller beroende har samma fri- och rättigheter som människor som inte lider av dessa tillstånd. Vård utan samtycke vid missbruk eller beroende ska endast ges i undantagsfall och under förutsättning att insatsen ingår som en länk i en sammanhängande vårdkedja. Tvångsinsatser, i synnerhet i form av inlåsning, ska vidare tillgripas under kortast möjliga tid, ske i så öppna former som möjligt samt innebära att de mest effektiva metoderna tillämpas. Patientens egna preferenser ska så långt det är möjligt tillgodoses, även inom ramen för vård utan samtycke. Har samhället bestämt om en så integritetskränkande insats som tvång, anser utredningen att den enskilde ska erbjudas bästa möjliga och kunskapsbaserade vård- och behandlingsinsatser utifrån en tvärprofessionell bedömning.

För att markera att vården utan samtycke inte får vara en fråga om en isolerad intagning för tvångsvård utan måste vara ett led i en utbyggd vårdkedja, där vård med samtycke i öppna eller slutna former också ingår, har utredningen valt att genomgående tala om vård utan samtycke i stället för tvångsvård.

Behandlingen måste planeras med ledning av en tillräcklig diagnostisk och social utredning. Den fullständiga utredning som kan behövas i vissa fall, till exempel med hjälp av psykologiska testmetoder, måste dock inte alltid slutföras under tvångsvårdsperioden. Den basala inledande utredning som ska göras under vården utan samtycke kan kompletteras och fördjupas senare.

Utredningens ståndpunkt är således att tvång som livräddande insats är mer acceptabelt än tvångsvård som medel att mer långsiktigt skapa motivation och förändra livshållningen hos den enskilde. Samtidigt identifierar utredningen ett behov av att behålla vissa människor i vård utan samtycke under mer utsträckta tidsperioder, då i syfte att till exempel förhindra snabbt och allvarligt återfall, och i värsta fall behov av nya livräddande tvångsinsatser.

Tvång – då vanligen i form av öppen tvångsvård – kan enligt utredningens bedömning även vara motiverat för att initiera och under en period färdigställa utredningen och vidmakthålla behand-

lingsinsatser, särskilt av psykosocial natur. Föreskrifterna inom öppen psykiatrisk tvångsvård kan i ett sådant fall innebära att patienten regelbundet ska infinna sig hos sin behandlare, delta i den återfallspreventiva gruppaktiviteten och vara hemma när boendestödjarteamet knackar på två gången i veckan.

Tvång i form av inlåsning ska alltid minimeras. Att bli inlåst innebär alltid en integritetskränkning, och möjligheten att på ett ändamålsenligt och säkert sätt fortsätta vården under frivilliga former eller som öppenvårdstvång med föreskrifter bör därför prövas fortlöpande.

Psykosocial behandling eller läkemedelsbehandling mot missbruk eller beroende bör erbjudas även under pågående vård utan samtycke i öppen eller sluten form. Om en psykosocial behandlingsinsats ges som föreskrift i samband med öppen tvångsvård kan denna behandling principiellt anses kunna ske utan samtycke, samtidigt som det inte rör sig om behandling under tvång i den mening som LPT medger under vissa förutsättningar i form av tvångsinjektion etc. Tvångsmedicinering mot missbruk eller beroende är inte ändamålsenligt, annat än i akuta faser i form av abstinensbehandling till exempel vid risk för delirium tremens. Här ska de allmänna riktlinjerna i 2 a och 2 b §§ LPT för tvångsbehandling och andra tvångs- och kontrollåtgärder gälla för dem som har allvarliga missbruks- och beroendeproblem likaväl som för dem med andra psykiatriska diagnoser.

Vid samsjuklighet mellan beroende och till exempel psykosjukdom kan läkemedelsbehandling under tvång vara aktuellt för vissa personer. Behandling under tvångsvård som föranleds av missbruk eller beroende ska alltid erbjudas den enskilde enligt bästa tillgängliga metoder, och ett fortsatt stöd- och behandlingserbjudande ska finnas sedan tvångsvården upphört med en sömlös (utan avbrott) övergång mellan tvång och frivillighet. Synsättet ska vara att utrednings- och behandlingsarbetet inleds under vård utan samtycke för att sedan normalt övergå i frivillig vård när vården utan samtycke inte längre är oundgänglig.

Även om en utredning ibland kan drivas effektivare och ge resultat av högre kvalitet om den kan slutföras under en period av inlåsning, måste det beaktas att det som man vinner i undersökningsprecision genom att den enskildes avhållsamhet kan kontrolleras och att han eller hon har en förbättrad hälsa under utredningstiden, kan man mycket väl förlora när den enskilde blir allt mer kritisk mot omhändertagandet i sig. Därför bör inte skälet

att slutföra utredningen i sig ensamt duga som skäl för att till exempel förlänga slutenvård utan samtycke utöver fyra veckor, medan öppen vård utan samtycke delvis kan motiveras på detta sätt.

7.2 Bättre behandlingsinnehåll, kortare tvångstider och en rättssäker vård

Utredningens bedömning: Vården utan samtycke av människor med missbruks- eller beroendeproblem måste erbjuda ett bättre behandlingsinnehåll än i dag när det gäller både psykosocial behandling och läkemedelsbehandling.

Vården utan samtycke av människor med missbruks- eller beroendeproblem måste tidsmässigt vara individuellt avpassad.

Möjlighet till öppen tvångsvård för människor med missbruk eller beroende bör införas.

Vården utan samtycke av människor med missbruks- eller beroendeproblem måste bli mer rättssäker.

7.2.1 Bättre behandlingsinnehåll

Ändamålsenlig missbruks- och beroendevård behöver vanligen innehålla både medicinsk och psykosocial behandling samt psykosocialt stöd i många fall. Många patienter inom vården har, som tidigare påpekats, en samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk sjukdom, vilket betyder att behandlingen av dem också kräver andra psykiatriska vårdåtgärder. Inom dagens LVM-vård säkerställs inte alltid att det finns adekvat medicinsk kompetens, vare sig när det gäller behandlingen av missbruket eller beroendet eller samtida andra psykiska eller somatiska sjukdomar. Tillgången på behandling med psykosociala metoder och med läkemedel måste således förbättras både när det gäller missbruk eller beroende och annan psykisk sjukdom.

I dag tillämpas inom LVM-vården relativt långa och närmast standardiserade vårdtider. Ofta är det fråga om 2–3 månader på en låst institution och därefter några månader utan inlåsning, ibland i hemmet, ibland på en institution där dörrarna är olåsta. Utredningen uppfattar de vanligen aktuella vårdperioderna som en

indikation på att vårdtiderna, trots lagens föreskrifter, inte alltid är individuellt avpassade utifrån en dag-för-dag prövning av tvångets oundgänglighet. Detta kan vara kontraproduktivt när det gäller att motivera den enskilde till frivillig behandling. Vidare anser utredningen att tvångstiderna generellt bör kunna kortas genom att vården ges bättre struktur och mer ändamålsenligt innehåll. Utredningens bedömning är att en väsentligt större del av vården utan samtycke bör kunna genomföras i öppna former än vad som är fallet i dag. Till denna bedömning bidrar en rad internationella erfarenheter belagda med vetenskapliga studier. Vård utan samtycke i öppen form har också fått ett betydande stöd under remissbehandlingen av utredningens diskussionspromemoria.

7.2.2 Vård utan samtycke inom öppen vård

Det är utredningens uppfattning att övergången från tvångsvård till frivillig vård måste underlättas. Formerna för LVM-vården är i dag alldeles för oflexibla. Statens institutionsstyrelse har enligt 27 § LVM möjlighet att ge vård vid en öppen institution eller hemmet under senare delen av LVM-vården. Denna behandlingsform har dock sämre förutsättningar än den som nu finns enligt LPT med ett öppenvårdstvång som ger möjlighet att föreskriva villkor om medicinering och att delta i öppen vård. Att institutionsvård har ett mervärde framför öppen vård som vanligen är mindre kostsam, finns det generellt relativt svag evidens för. Frågan är emellertid komplicerad, och svaret beror förmodligen mycket på vilken problemtyngd som det rör sig om, och hur öppenvårdsalternativen är utformade. Det kan vara fördelaktigt att inleda vården på en institution, vilket ger möjligheter till adekvat abstinensbehandling och intensiv utredning. Inom den psykiatriska vården finns det som redan påpekats möjlighet till vård utan samtycke inom öppen vård. Utredningen ser öppenvårdstvång med särskilda föreskrifter även för människor med beroendeproblematik som ett sätt att göra tvångsvården mer flexibel, minska antalet dagar av inlåsning och underlätta övergången till efterföljande vård med samtycke.

7.2.3 En mer rättssäker vård

LVM är en obligatorisk lag i den meningen att socialnämnden ska inleda en utredning när den genom anmälan eller på något annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård. Anser socialnämnden efter utredning att det finns skäl att bereda någon sådan vård, ska nämnden ansöka om det hos förvaltningsrätten. Det är sedan förvaltningsrätten som beslutar om tvångsvården.

Missbruksutredningens undersökningar visar emellertid att LVM tillämpas olika i olika kommuner. Skillnaderna i tillämpning är stora inom landet, också mellan kommuner av liknande storlek och befolkningssammansättning.

LVM och LPT förefaller samspela med varandra på ett rättsosäkert sätt. Det förefaller också vara så att olika aspekter av målgruppens problem hanteras delvis enligt LVM och delvis enligt LPT, vilket i och för sig inte är ägnat att förvåna, eftersom samsjukligheten mellan missbruk eller beroende och annan psykisk sjukdom är omfattande. Undersökningar visar att hälften eller fler av dem som vårdas enligt LPT också har en missbruksproblematik. Det är sett till antalet personer betydligt fler än de som vårdas enligt LVM en viss dag. Däremot är inte erfarenheten av LPT-vård särskilt omfattande bland LVM-klienterna och vice versa.

Det är utredningens uppfattning att variationerna i tillämpning inte avspeglar variationer i behov utan snarare beror på utbudet av frivillig vård, olika vårdideologi och ekonomiska hänsyn. Det är inte acceptabelt att det kan bero på var en människa med behov av vård utan samtycke bor, som avgör om han eller hon ska tvångsvårdas eller inte. Bosättningen ska inte heller få avgöra vilken av de båda tvångslagarna som ska komma till användning. Regelsystemen är olika i de båda tvångslagarna och så är också vårdresurserna och kompetensen hos vårdgivarna. Statens institutionsstyrelse har som huvudman för LVM-vården sett sig tvungen att självständigt upphandla medicinsk kompetens dels genom att anställa viss hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor) och dels genom konsultavtal med enskilda läkare eller landsting.

7.3 Utredningens överväganden och förslag

7.3.1 Två parallella tvångslagar ger fortsatt rättsosäkerhet

Missbruksutredningen ser två lagtekniska alternativ för att förbättra tvångsvården av människor med allvarligt missbruk eller beroende.

Det första alternativet är att komplettera LVM med bestämmelser om medicinsk behandling, starkare krav på en mer individuell vårdtid och flexibel prövning av vårdtidens längd samt en mer flexibel form av öppen tvångsvård.

Svagheten med detta alternativ är framförallt att många av dem som är aktuella för vård utan samtycke enligt denna lag samtidigt har andra psykiska problem och också somatiska sjukdomar som kräver behandling av den landstingsdrivna hälso- och sjukvården.

En annan svaghet med två parallella tvångslagar för vuxna är att det skulle råda fortsatt osäkerhet när en reviderad LVM ska användas.

Om man behöll LVM med nuvarande kommunalt initiativ och betalningsansvar, skulle det också bli fortsatta problem med en betydande variation i tillämpningen efter de 290 kommunernas skiftande förutsättningar och ekonomiska bärkraft.

Inte heller är de intagna enligt LVM tillförsäkrade samma viktiga rättssäkerhetsinstrument som nu finns i LPT. Till dessa hör bland annat rätten till stödperson. Att bygga upp denna och andra rättssäkerhetsfunktioner som nu finns vid vården enligt LPT också för vården enligt LVM ter sig onödigt resurskrävande för den relativt sett begränsade grupp vårdbehövande personer som det här trots allt handlar om. I dag gäller det i snitt 300 personer/dygn. Efterfrågan på platser inom LVM-vården har kraftigt reducerats sedan lagen infördes och trenden kan väntas fortsätta. Detta kan både bero på ett förändrat synsätt när det gäller tvångsvård vid missbruk eller beroende och på ekonomiska aspekter hos de betalande kommunerna.

Det andra alternativet är att integrera LVM och LPT. Utredningen förordar detta. Det grundläggande skälet är det samlade behandlingsansvar som utredningen föreslår att landstingen ska ha inom missbruks- och beroendevården.

7.3.2 Lagstiftningen om vård utan samtycke bör integreras

Utredningens förslag: De nuvarande tvångslagarna LVM och LPT ska integreras så att LVM upphävs medan LPT förtydligas för att bättre tillgodose behovet av vård utan samtycke också för människor med missbruk eller beroende.

Genom att integrera LVM och LPT så att LPT i vissa fall omfattar människor med missbruk eller beroende som främsta orsak till ett oundgängligt vårdbehov, får dessa patienter tillgång till medicinsk och psykosocial behandling, kortare och mer individuellt anpassad vårdtid och en vid behov mer flexibel vård i form av vård utan samtycke också inom öppen vård. Därmed får Sverige även en ordning som mera överensstämmer med vad som tillämpas i flera andra EU-länder.

Sedan de nuvarande lagarna på området kom till har det ytterligare klarlagts att missbruk och beroende ses som psykiatriska diagnoser, vilket även tydligt framgår i de internationella diagnosklassifikationssystemen.

Till detta kommer att grunden läggs för en mer rättssäker tvångsvård. En integrering av LVM med LPT innebär att vi får en lagstiftning om tvångsvård för målgruppen människor med missbruk eller beroende och annan psykisk sjukdom. Det bör främja en mer enhetlig tillämpning i hela landet. En mer enhetlig tillämpning bör också underlättas av att antalet huvudmän som ska tillämpa lagstiftningen minskar från 290 kommuner till 20 landsting, vilka har betydligt större ekonomisk bärighet.

Vidare försvinner risken för att människor slussas mellan LVM-vård och LPT-vård när LVM-patienter tas till sjukhus för tvångsmedicinering och sedan åter till LVM-hem för fortsatt LVM-vård. Risken minskar också för att människor med missbruk eller beroende skrivs ut från LPT-vård fastän det kvarstår ett behov av fortsatt heldygnsvård som inte kan tillgodoses av socialtjänsten, det vill säga att människor faller mellan stolarna. En konsekvens av detta – som indirekt också gynnar en mer enhetlig och jämlik behandling över landet – blir att kommuner med ett begränsat skatteunderlag (de flesta kommuner har inte mer än 10 000–15 000 invånare) slipper finansiera tvångsvård, när i stället landstingen med betydligt större skatteunderlag blir ekonomiskt ansvariga för vården utan samtycke.

I det följande ska utredningen närmare beskriva sin syn på den nuvarande lagstiftningen och förutsättningarna för en integrering av lagarna.

7.3.3 Närmare skäl för en integrering

Ett samlat behandlingsansvar

För att lösa flera av de problem med oklarheter och kvalitets- och tillgänglighetsbrister som identifierats inom dagens missbruksvård föreslår utredningen i avsnitt 3.5 att sjukvårdshuvudmannen ska ha ett samlat ansvar för all behandling. I dag är ansvaret för behandling vid missbruk eller beroende delat mellan kommunerna som socialtjänstens huvudmän och landstingen som huvudmän för sjukvården. Hur denna fördelning av ansvaret i praktiken ser ut när det gäller omfattning och vem som ger vilka insatser varierar stort över landet.

Utredningen förtydligar samtidigt ansvaret för socialt stöd och psykosociala stödinsatser som en väsentlig, och fortsatt kommunal uppgift. När hälso- och sjukvården får det samlade ansvaret för behandling inom missbruks- och beroendevården, är det också naturligt att vården utan samtycke hanteras av samma huvudman som har ansvar för behandling.

Enligt 3 § LVM ska tvångsvården syfta till att genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Med behövliga insatser avses enligt förarbetena såväl motivations- och behandlingsinsatser mot själva missbruket som åtgärder som tar sikte på den enskildes livssituation i stort, till exempel behov av bostad och arbete.

Utvecklingen har emellertid gått mot ett synsätt att missbruk av psykoaktiva substanser, som har lett till beroende, ofta kräver psykosociala insatser såväl som psykosocial behandling och läkemedelsbehandling.

När det gäller behandlingsinsatser kan man utgå från att de svåra former av missbruk och beroende som förutsätts för tvångsvård kräver kvalificerade behandlingsinsatser.

Missbruksutredningen menar i linje med detta och med tanke också på den samsjuklighet som ofta föreligger att vården utan samtycke i sin helhet bör skötas av landstinget inom hälso- och

sjukvården och inte bara delvis genom LPT. Man ökar därmed förutsättningar för den kompetens för kvalificerad behandling som krävs vid ett svårt missbruk eller beroende och åstadkommer bättre den kontinuerliga vårdkedja som är nödvändig vid övergången från tvångsvård till frivillig vård. I Danmark är tvångsvård i den mån sådan förekommer i dag i praktiken en fråga för hälso- och sjukvården, och i Norge har en utredning nyligen föreslagit att det ska göras en översyn av de olika tvångslagstiftningarna i syfte att åstadkomma ett mer enhetligt och rättssäkert regelverk.

Tillämpningen av LVM

Som utredningen framhållit i kapitel 16 visar statistiken att den generella trenden är att LVM under senare år har tillämpats i minskande omfattning och att användningen av LVM är mycket ojämn mellan kommunerna i landet – som det förefaller oberoende av hur missbrukssituationen ser ut i den enskilda kommunen. I kommuner av jämförbar storlek och befolkningsammansättning kan skillnaden i användningen av LVM skilja sig så mycket som 1 till 4. Det förefaller också som att LVM i allt högre grad kommit att tillämpas som en akutlag (i likhet med intentionerna för LPT), eftersom många omedelbara omhändertaganden inte resulterar i inskrivning vid LVM-hem.

Utredningen har under sitt kartläggningsarbete stött på uppfattningen bland kommunala företrädare att LVM som helhet eller i delar inte behöver användas. Detta har också bekräftats under remissbehandlingen av diskussionspromemorian. Malmö kommun anser exempelvis att nuvarande tvångsvård har uppenbara brister och inte ger en kvalitativ vård som står i rimlig proportion till den integritetskränkning som tvånget i sig innebär. Umeå kommun anser att det så kallade närståendekvisitet i LVM inte behöver tillämpas. Psykiatrin i Västerbottens län anser att LVM är mycket föråldrad, har dåliga resultat och innebär dryga kostnader för socialtjänsten. Det är också enligt denna remissinstans en märklig erfarenhet att som erfaren läkare kontakta socialtjänst eller socialnämndens ordförande, dvs. en lekman, för att ta viktiga medicinska beslut om ett omedelbart LVM-omhändertagande. Remissopinionen var emellertid splittrad i synen på den framtida lagstiftningen utan samtycke. Alla som yttrade sig i frågan ville ha en reformering av tvångsvården, men opinionen var delad när det

gällde vilket av de skisserade alternativen som var att föredra. Flera remissinstanser uppgav att man hade svårt att överblicka de fulla konsekvenserna av ett LVM-upphörande.

Som tidigare framgått vårdas många människor med missbruks- eller beroendeproblem inom den psykiatriska tvångsvården. I själva verket var antalet personer vårdade under LPT, vilka bedömdes ha ett aktuellt missbruksproblem, större än det antal personer som samma dag vårdades enligt LVM. Av dem som vårdas enligt LVM har många också andra psykiska problem. Det är alltså knappast så att de båda tvångslagarna kompletterar varandra, vilket har hävdats under remissbehandlingen. Att ha två lagar som på detta integritetskänsliga område täcker en delvis överlappande målgrupp måste i stället i längden anses problematiskt.

Utredningen har också konstaterat att LVM-vården inte är rustad för att behandla de psykiska besvär av annan art som de vårdade har, medan LPT-vården å sin sida ofta inte är rustad för att behandla de missbruks- och beroendeproblem som de som vårdas för andra psykiska sjukdomar samtidigt har och erbjuda psykosociala insatser.

Antalet personer vårdade med stöd av LVM fluktuerar men har som övergripande trend sjunkit under en följd av år och detta trots att statsmakterna genom ändrade bestämmelser och statsbidrag sökt underlätta användningen av LVM-vården. Utvecklingen innebär en anpassning i samma riktning som gällt under senare år i våra nordiska grannländer. Även i dessa länder har förekomsten av psykiatrisk vård utan samtycke för människor med missbruksproblem visat sig vara av större omfattning än vad man tidigare varit klar över. Bakgrunden till det relativt låga antalet LVM-vårdade bedöms bland annat vara den bristande tilltron hos kommunerna på LVM-vårdens effektivitet. Man har tyckt att kostnaderna för LVM-vård många gånger inte motiverats av utfallet. Alltför ofta har en tid av LVM-vård följts av upprepade omhändertaganden för sådan vård, även om en betydande andel personer vårdade enligt LVM fortsätter ta emot vård i frivilliga former sedan LVM-tiden avslutats. En orsak till upprepade LVM-vistelser kan vara psykisk samsjuklighet. En viss uppbyggnad av frivilliga alternativ och öppenvårdsinsatser framhålls från kommunalt håll också ha medverkat till att fortsatt vård och stöd i frivilliga former kommit till stånd som alternativ till LVM-vård.

Ett centralt motiv för vård utan samtycke är att ingripa akut i en livshotande situation. Man kan härutöver urskilja två syften med

LVM-vården, dels ett kurativt långsiktigt (frihet från missbruk) och dels ett kortsiktigt (motivation till frivillig vård). Det senare är det legala syfte som anges i 3 § LVM. Utredningens kartläggningar visar att ingetdera syftet blivit uppnått i någon större omfattning. Detta är allvarligt eftersom tvångsvården måste stå i samklang med grundtankarna i både regeringsformen och Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna. Samtidigt saknas referensmaterial som tydligt skulle utpeka andra alternativ som avgjort mer effektiva, vilket försvårar bedömningen.

Användningen av LVM vid sidan av LPT betyder således att vi har två lagar som medger tvångsvård för grupper som delvis överlappar varandra. Det innebär i sig en rättsosäkerhet som kräver åtgärder. Syftet måste vara att stärka individens ställning vid utformningen av vården och behandlingen.

Förändringar inom hälso- och sjukvården vid en integrering

Missbruksutredningen förutser vid en övergång av all vård utan samtycke för vuxna människor med missbruk eller beroende till LPT ett behov av att förstärka psykosociala behandlingsinslag inom landstingsvården och förstärkt psykosocial och medicinsk kompetens på beroendeområdet. Detta behövs inte minst för att det ska gå att genomföra tvärprofessionella och breda utredningar av den enskildes behov. Resultaten av dessa utredningar ska sedan ligga till grund för planeringen av vård och stöd. Även vårdens fysiska förutsättningar behöver förändras och förbättras för patientgruppen. Det bedöms vanligen i många fall mindre ändamålsenligt att på samma vårdavdelningar vårda till exempel patienter med akut psykos tillsammans med gravt abstinenta patienter. Det kan även vara ändamålsenligt att separera delar av vården för kvinnor respektive män samt för äldre respektive yngre patienter. En differentiering är således i många fall nödvändig.

Öppen vård utan samtycke

Enligt LPT finns det även möjlighet till öppen tvångsvård, vilket saknar direkt motsvarighet inom LVM-vården. Enligt 27 § LVM ska dock den intagne så snart det kan ske beredas tillfälle att vistas

utanför LVM-hemmet för vård i annan form, men någon möjlighet att då meddela särskilda föreskrifter finns inte.

Till de särskilda villkor som får föreskrivas vid öppen tvångsvård enligt LPT hör skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling och förbud att använda berusningsmedel. Andra exempel på villkor är förbud att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person eller annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen. Den som bryter mot föreskrifterna kan visserligen inte automatiskt tas in för sluten vård, men det kan förutsättas att vården och den behandlande läkaren noga följer patientens utveckling och hur föreskrifterna uppfylls och ingriper om avvikelser mot dessa leder till att det på nytt föreligger förutsättningar för sluten tvångsvård.

Ökad rättsäkerhet

Svensk förening för beroendemedicin framhåller vid remissbehandlingen att LPT har en tydlighet i regelverket vilket innebär en större rättssäkerhet för individen. Frågan om tvångsvård hänger nära samman med diskussionen om huvudmannskapet. Ett lands-ting har bäst förutsättningar att omvandla tvångsvården till en meningsfull länk i vårdkedjan. Maria Beroendecentrum anser att LVM saknar den rättssäkerhet som är inbyggd i LPT. LVM tillämpas oftast på grund av hälso- och skadeindikationen och inte på grund av den sociala indikationen. LVM bör därför inte vara en angelägenhet för socialtjänsten.

Redan i dag vårdas som tidigare sagts betydligt fler människor med missbruksproblem utan sitt samtycke inom hälso- och sjukvården än inom LVM-vården. Genom att förlägga all vård utan samtycke till vård enligt LPT minskar man den rättsosäkerhet i tillämpningen som finns i dag.

Enligt LPT ska man vid bedömningen av vårdbehovet även beakta om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Skyddet är avsett att gälla närstående och andra i omgivningen. Det tillgodoser då det behov av närståendeskydd som också finns enligt LVM, där fara för att den som missbrukar kan komma att allvarligt skada någon närstående kan utgöra ett skäl för tvångsvård.

De särskilda befogenheter som finns enligt LVM, t.ex. när det gäller förbud att inneha alkoholhaltiga drycker, narkotika m.m., om

kroppsvisitation och kroppsbesiktning och om inskränkningar i rörelsefriheten etc. har alla motsvarigheter inom LPT-vården. Regelsystemet är snarast mer utvecklat i LPT. För den som vårdas enligt LPT finns det också utförliga bestämmelser om rätt till stödperson. Stödpersonen ska bistå patienten i personliga frågor så länge denne ges tvångsvård och under vissa förutsättningar även en tid efter. Några motsvarande regler om stödperson finns inte för den som vårdas enligt LVM.

Till sist kan sägas att om ansökningarna enligt dagens LVM fortsätter att minska i samma takt som hittills utgjort den dominerande trenden, riskerar lagen att bli obsolet. Anser man då att det saknas möjlighet att ge nödvändiga tvångsinsatser enligt den utformning LPT har i dag, riskerar personer som annars skulle ha fått LVM-vård att stå utan hjälp i akuta livshotande situationer.

Missbruksutredningens slutsats är därför att tvångsvården enligt de båda lagarna bör sammanföras. En sådan integrering kan ske genom att LVM avskaffas och LPT förtydligas och kompletteras för att bättre tillgodose behovet av vård utan samtycke också för människor med missbruk eller beroende

7.3.4 Skyddet för det ofödda barnet

En svår fråga som diskuterats i flera utredningar och också i riksdagen vid olika tillfällen när det gäller tillämpningen av LVM är om inte närståendeskyddet innebär möjligheter att i vissa fall också skydda det ofödda barnet i den mån den gravida kvinnan har allvarliga missbruks- eller beroendeproblem. Som utredningen redovisat närmare i kapitel 16 kan enligt nuvarande bestämmelser LVM inte tillämpas enbart till skydd för fostret. Endast om skyddsintresset av både modern och fostret sammanfaller kan LVM bli tillämplig. I en departementspromemoria, som remissbehandlats, har föreslagits att LVM ska tillföras ytterligare en specialindikation beträffande en gravid kvinna som på grund av missbruk utsätter fostret för en påtaglig risk att födas med en skada orsakad av missbruk. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Utredningen har låtit kartlägga vården av gravida med riskbruk, missbruk och beroende samt de barn som exponerats för substansmissbruk i moderlivet. Resultaten redovisas i kapitel 23. Mödravårdens roll för att identifiera kvinnor som riskerar att skada det

väntade barnet på grund av substansbruk är central. Kartläggningen visar emellertid på brister i den nuvarande, frivilliga vården.

Det är svårt att mot bakgrund av dagens kunskap ange generella gränsvärden för fostrens känslighet för skador till följd av den blivande moderns substansbruk. Det generella råd som kan lämnas är total avhållsamhet under graviditet, ett råd vars bristande efterföljd dock realistiskt sett inte kan användas som grund för frihetsberövande och vård utan samtycke. För en mindre andel av gravida kvinnor gäller att de trots vetskapen om alla goda skäl för att avstå potentiellt fosterskadande substanser, ändå inte klarar av att leva så att graviditeten kan genomföras på ett säkert sätt. I dessa fall av missbruk eller beroende, vanligen i kombination med annan psykisk störning, kan det utifrån den individuella prövning som LPT förutsätter föreligga en indikation för vård utan samtycke.

Om närståendeskyddet enligt LPT kan således sägas att farhågor för skador på det ofödda barnet uppenbarligen kan bidra till bedömningen av oundgängligheten i vårdbehovet, och därmed indirekt till bedömningen att vård utan samtycke är nödvändig. Detta torde redan gälla med dagens tillämpning av lagstiftningen. Om graviditeten infördes som en särskild intagningsgrund i lagen, finns det däremot en risk för att det skulle kunna leda till en vilja hos den gravida kvinnan med missbruksproblem att häva havandeskapet eller att undandra sig att söka den vård mot sitt missbruk som hon behöver. Vetskapen om att vara gravid är generellt en stark motivationsfaktor för kvinnor att komma bort från missbruk. Denna motivation bör tas till vara på alla sätt.

7.3.5 Socialtjänstens ansvar och gränsdragningen mot LVU

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen bör följa tillämpningen av LVU och LPT för dem som är under 20 år och efter en treårsperiod rapportera om det finns anledning att överväga lagändringar.

Även om vård utan samtycke inom missbruks- och beroendevården med utredningens förslag i dess helhet blir ett ansvar för hälso- och sjukvården, har socialtjänsten fortsatta och avgörande viktiga uppgifter när det gäller att se till att människor med svår missbruks-

och beroendeproblematik får den vård de behöver, om nödvändigt utan samtycke.

Initiativ till en läkarundersökning för vårdintyg enligt LPT kan komma från t.ex. en läkare i den öppna vården, socialtjänsten, polisen eller anhöriga till patienten. Varje legitimerad läkare i offentlig tjänst kan utföra undersökning för ställningstagande till ett eventuellt utfärdande av vårdintyg. Men av det yttersta ansvar som socialtjänsten har för alla som bor i kommunen följer att socialtjänsten får anses ha ett särskilt ansvar att när det behövs initiera att en sådan undersökning kommer till stånd.

Socialtjänsten har vidare ett särskilt ansvar för unga människor under 20 år. Det innefattar även dem med missbruks- eller beroendeproblem. Enligt LVU är det socialnämndens uppgift att ansöka hos förvaltningsrätten om att vård enligt lagen ska beredas den unge, om han eller hon utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas bl.a. genom missbruk av beroendeframkallande medel och den unge inte samtycker till vård.

Inom LPT-lagstiftningen finns inga åldersgränser. Det betyder att inget hindrar att LPT tillämpas också på unga människor. Det kan nämnas att gränsdragningen mellan LVU och LPT har behandlats flera gånger i lagstiftningsssammanhang. I prop. 1990/91: 58 anfördes bland annat att psykiatrisk tvångsvård bör förbehållas sådana situationer då någon annan utväg inte står till buds för att bemästra svåra psykiatriska inslag i t.ex. ett missbruk. Det påpekades vidare att den omständigheten att någon bereds vård enligt LVU inte utgör något formellt hinder för ett beslut om psykiatrisk tvångsvård. Ett sådant beslut kan i vissa situationer utgöra en förutsättning för att vårdpersonalen till exempel ska kunna hålla kvar en ung person som är i oundgängligt behov av psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning mot dennes vilja.

I betänkandet *Barns behov och föräldrars rätt* (SOU 1986:20) förde Socialberedningen en diskussion om tvångsvård på psykiatrisk institution av ungdomar med stöd av LVU respektive LPT. I sitt slutbetänkande (SOU 1998:31) ansåg Barnpsykiatrikommittén det önskvärt att gränserna för när vård ska beredas den unge med stöd av LVU eller LPT sågs över. En särskilt tillkallad utredare med uppgift att göra en översyn av LVU och därmed sammanhängande frågor fann i sitt slutbetänkande (SOU 2000:77) när det gällde gränsdragningsproblematiken inte skäl att utvidga vare sig LVU eller LPT.

Missbruksutredningen kan i linje med vad som anfördes i 1990/91 års lagstiftningsärende konstatera att i valet mellan LVU och LPT för ungdomar under 20 år bör LPT reserveras för fall då behovet av psykiatriska behandlingsinsatser är det dominerande, medan LVU bör användas då den unges allmänna livsföring utgör en påtaglig risk för hans eller hennes hälsa och utveckling och därför kräver vård under en längre tid. Det är viktigt att kommunen inte avvaktar att vidta åtgärder enligt LVU i avvaktan på att det klarläggs om den unge eventuellt behöver åtgärder enligt LPT.

Det kan vara lämpligt att Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet särskilt följer tillämpningen av de båda tvångslagarna för dem som är under 20 år. Efter förslagsvis en treårsperiod kan det prövas om det finns anledning att överväga några lagändringar.

7.4 LPT behöver förtydligas

Av den vägledande redogörelse för olika psykiska tillstånd som vid tillkomsten av LPT avsågs kunna utgöra grund för tvångsvård framgår bland annat följande. Till allvarlig psykisk störning bör hänföras också alkoholpsykoserna, såsom delirium tremens och alkoholhallucinos och klara demenstillstånd. Detsamma gäller de psykoser som kan drabba narkotikamissbrukare. Även i andra situationer när en missbrukare har kommit in i ett allvarligt förvirringstillstånd och det är uppenbar fara för hans hälsa eller liv ska tvångsvård kunna tillämpas. I vissa fall kan vidare ett abstinensstillstånd vara så svårartat att det under en kortare tid måste betecknas som en allvarlig psykisk störning. Självklart är dock att ett allvarligt missbruk som leder enbart till allvarliga kroppsliga komplikationer inte ska kunna medföra psykiatrisk tvångsvård (prop. 1990/91:58).

Tillämpningen av LPT är enligt utredningens erfarenhet ojämn bland landets sjukhus. Vanligen uppfattar man att till exempel akuta tillstånd av förvirring, hotande delirium eller starka självmordsimpulser som följd av alkohol- eller narkotikamissbruk uppfyller lagens krav på allvarlig psykisk störning och man kan grunda ett intagningsbeslut på detta. Det är dock bättre – och helt i lagstiftningens anda – att innan det tas ett beslut om tvångsvård, uttömma alla möjligheter att lägga in patienten med hans eller hennes samtycke. Praxis torde skilja sig mer när det gäller patienter som utan att vara självmordsbenägna eller förvirrade snabbt kan

förväntas återfalla i ett destruktivt missbruk så snart slutenvården upphör. Här kan också kommunens inställning till LVM ha betydelse för lokal praxis och tillämpning av LPT vid bedömningen av patienter med missbruks- eller beroendeproblem som dominerande inslag i sjukdomsbilden, vilka inte kan motiveras till att frivilligt ta emot erbjuden vård.

Det är uppenbarligen önskvärt att lagen också i dessa avseenden tillämpas enhetligt över hela landet. Den vidare tolkningen av begreppet allvarlig psykisk störning har i sig stöd i förarbetena till LPT. Någon remissinstans har hävdad att denna tolkning skulle stå i strid med den så kallade Hawaii-deklarationen som är antagen av World Psychiatric Association och är en internationell konvention med etiska riktlinjer för behandlingen av personer med psykisk sjukdom. Missbruksutredningen delar inte den bedömningen utan anser att den vidare tolkningen är helt förenlig med konventionen. Missbruk och beroende klassificeras som psykiatriska diagnoser enligt de internationella diagnossystemen DSM och ICD. Den genomgång av tvångsvården i olika länder som utredningen har låtit göra visar också att många länder har kommit fram till det är förenligt med Hawaii-deklarationen att beroende av allvarlig svårighetsgrad kan ligga till grund för psykiatriskt tvång.

Det är således utredningens uppfattning att utvecklingen sedan den tid då LPT kom till inneburit en vidare tolkning av begreppet allvarlig psykisk störning när det gäller missbruks- och beroendetillstånd. En fortgående kunskapsutveckling går även i sådan riktning att beroendetillstånden blir alltmer förståeliga i ljuset av neurobiologisk och neuropsykologisk forskning. Läkemedelsbehandling såväl som psykosociala behandlingsmetoder utvecklas kontinuerligt främst inom ramen för den medicinska vetenskapen. En annan dominerande kunskapsutveckling har skett när det gäller identifikationen av omfattningen av samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och andra psykiska störningar. Tidigare fanns det en uppfattning om att missbruks- eller beroendetillstånden var klart åtskilda från övrig psykisk sjukdom, och att vid samtidig förekomst skulle missbruket först behandlas för att sedan eventuellt tillåta behandlingen av den övriga psykiska sjukdomsbilden. Denna uppfattning har visat sig vara felaktig. Samtidig och helst samordnad behandling ger bättre effekter, och är ibland helt oundgänglig för att över huvud taget kunna ge hjälp till personer med samsjuklighet.

Utvecklingen går mot att allt fler anser att till exempel depression under alkoholabstinens bör behandlas om inte de depressiva symtomen viker inom ett par veckor. Tidigare har man allmänt ansett att eftersom depression under alkoholabstinens är så vanligt, ska denna ses som en del av abstinensen och inte bli föremål för behandling.

Det är emellertid svårt för att inte säga omöjligt att nu vrida utvecklingen rätt när det gäller tillämpningen av lagen på människor med missbruks- eller beroendeproblem utan att beträda lagstiftningsvägen. En lösning är då att komplettera förutsättningarna för tvångsvård enligt 3 § LPT med en bestämmelse som klargör att som allvarlig psykisk störning avses även att patienten är beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel eller till följd av sitt missbruk av ett sådant medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

Avsikten med denna lösning är således inte att utvidga det nuvarande tillämpningsområdet för LPT utan att klarare markera var den nu gällande gränsen går. Syftet är också att minska den rättsosäkerhet som den nuvarande situationen innebär när man har olika inställning till hur LPT ska tillämpas. Gränsdragningsfrågan är betydelsefull inte minst med hänsyn till att personer med olika grader av missbruk eller beroende i kombination med annan psykisk störning utgör en stor grupp av alla LPT -patienter.

Intagningsgrunderna enligt LVM respektive LPT

Den lösning utredning förordar när det gäller integreringen av tvångsvården enligt LVM med tvångsvården enligt LPT innebär således att nuvarande intagningsgrunder LPT ska förtydligas så att det klart framgår att med allvarlig psykisk störning avses även i vissa fall konsekvenserna av missbruk eller beroende av alkohol och andra angivna medel. Begreppet allvarlig psykisk störning i sig utvidgas inte i förhållande till vad som redan gäller.

En fråga som inställer sig är emellertid om detta ställnings-tagande får till följd att människor som i dag kan ges tvångsvård enligt LVM faller utanför intagningsgrunderna enligt LPT. En jämförelse mellan intagningsgrunderna enligt LVM och LPT visar följande.

Tvångsvård ska enligt 4 § LVM beslutas om,

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,
2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt, och
3. han eller hon till följd av missbruket
 - a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
 - b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
 - c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Förutsättningar för tvångsvård enligt 3 § LPT är följande:

Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller
2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

För att belysa hur psykisk sjukdom numera diagnostiseras på detta område kan följande anges beträffande missbruk och beroende enligt det internationella diagnosystemet DSM-IV:

Skadligt bruk

1. Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
2. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.
3. Upprepade kontakter med

Beroende

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.

rättsväsendet till följd av missbruket.

4. Fortsatt användning trots återkommande problem.

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.

För att det ska vara skadligt bruk enligt DSM-IV krävs att minst ett av fyra kriterier är uppfyllt under en tolv månaders period. För beroende krävs att tre av de sju kriterierna är uppfyllda under en tolv månaders period.

Enligt det internationella diagnosystemet ICD gäller för beroende enligt ICD-10

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. Det bör dock noteras att kriterierna 1, 2, 3 och 4 framstår som långsiktiga fenomen och inte engångsföreteelser, medan kriterium 5 är ett gradvist ökande fenomen där drogens farmakologiska verkningar avgör vilken tidsrymd som kan vara aktuell (år för alkohol, veckor för heroin, etc.). När det gäller kriterium 6 bör det ha hänt vid mer än ett tillfälle, det vill säga att individen återkommande har drabbats av abstinenssymtom.

I Sverige, liksom i övriga världen, används det av WHO sanktionerade ICD-systemet vid inrapportering av sjukdomar och andra tillstånd inom hälso- och sjukvården. DSM-IV används inom forskningen och psykiatrin. Det finns översättningslistor mellan

DSM-systemets och ICD-systemets psykiatriska diagnoser. De två diagnostiska systemen är mycket lika när det gäller definitionen av beroende.

Missbruksutredningens bedömning är att alla som i dag kan tas in för LVM-vård i fortsättningen kommer att kunna tas in för LPT-vård. Specialindikationerna enligt nuvarande LVM och LPT är närliggande, även om det givetvis finns vissa skillnader. Skillnaderna torde dock i praktiken vara små. En jämförelse med intagningsgrunderna för LVM-vård visar att dessa föreskriver tvångsvård bland annat när den som missbrukar utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara. Att ett allvarligt missbruk enbart leder till allvarliga kroppsliga komplikationer är exempelvis sällan fallet.

Punkt 3 b i 4 § LVM upptar en social indikation – att den enskilde till följd av missbruket löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv – som saknar motsvarighet i LPT. Av förarbetena till LVM framgår emellertid att det ska vara fråga om en utomordentligt allvarlig situation, där missbruket uppenbarligen äventyrar, det vill säga näst intill omintetgör den enskildes möjligheter att under en lång tid framöver leva ett människovärdigt liv. Också här kan man säga att om substansbruket har eller kan få dessa konsekvenser, så föreligger ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

7.5 LPT bör kompletteras

Utredningens förslag: LPT ska kompletteras med bestämmelser som anger *dels* att det vid bedömningen av vårdbehovet enligt lagen även ska beaktas om patienten kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir, *dels* att det i den vårdplan som ska upprättas särskilt ska uppmärksammas om patienten behöver insatser för sitt missbruk eller beroende.

Som förutsättning för tvångsvård enligt LPT gäller – utöver att patienten lider av en allvarlig psykisk störning – att patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller behöver iaktta särskilda villkor för att ges psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård). Vidare krävs att patienten motsätter sig vård eller att det kan antas

att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. I den meningen kan tvångsvården enligt LPT sägas ha främst en livräddande funktion. Det ankommer på chefsöverläkaren att fortlöpande pröva om indikationerna för vård utan samtycke är uppfyllda. När de inte längre är det ska tvångsvården upphöra, och vården övergår då vanligen i frivillig öppen eller sluten vård.

Syftet med tvångsvården enligt LPT är att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd han eller hon behöver. Detta kan gälla både sluten och öppen vård. För gruppen patienter med svår missbruks- och beroendeproblematik kan det innebära behov av längre vårdtider under tvång än för vissa andra grupper av patienter, till exempel de personer som drabbas av en snabbt övergående affektiv psykos, innan man kan övergå till vård i frivilliga former. Samtidigt bör det sägas att LPT-vårdens möjligheter att ge behandling under tvång inte i sig innebär att patienten vid sluten vård ska hållas inlåst. Inget hindrar heller att tvångsintagna patienter vårdas tillsammans med patienter som tagits in för frivillig vård.

Däremot talar en hel del klinisk erfarenhet för att det kan vara mindre lyckat att vårda påverkade eller gravt abstinenta människor i samma miljö som människor som lider av till exempel akut funktionell psykos. Det kan också finnas behandlingsmässiga och omvårdnadsmässiga skäl för att vårda äldre människor, vilka ofta har olika kroppsliga sjukdomar eller funktionsnedsättningar, på enheter med en speciell inriktning för att kunna ge god vård. Vårdmiljön och vårdinnehållet behöver även anpassas för andra grupper, till exempel kvinnor med traumatiska erfarenheter av övergrepp, som måste tillförsäkras en vårdmiljö som är och känns trygg mot förnyade kränkningar.

I den mån man inom den psykiatriska vården inför ett vårdvalssystem som även omfattar tvångsvård, bör detta också gälla patienter som har missbruks- eller beroendeproblem. Även om patienten inte kan välja vilken typ av vård som ska ges eller på vilken vårdnivå det ska ske, så innebär valmöjligheten att patienten själv inom vissa ramar kan bestämma vid vilken behandlingsinstitution vården ska ges.

Tiden för tvångsvård på grund av vårdintyg och läkares intagningsbeslut ska omprövas fortlöpande och är begränsad till fyra veckor. Förvaltningsrätten kan på ansökan av chefsöverläkare förlänga tiden upp till fyra månader från intagningsbeslutet. Även

därefter finns det möjlighet till förlängning efter domstolsprövning.

Det saknas anledning att överväga några särregler vid tillämpningen av den kompletterande bestämmelsen. Också den i förhållande till LVM-vården normalt kortare tvångstiden på maximalt fyra veckor utan ny ansökan är enligt utredningens mening vanligen tillräcklig. Denna tid kan givetvis förlängas om patienten med allvarliga missbruks- eller beroendeproblem uppvisar ett sådant sjukdomstillstånd att vård enligt lagen är nödvändig även sedan fyra veckor har förflutit.

Det kan vidare – oavsett intagningsgrund – vara lämpligt att överväga ett par kompletterande bestämmelser i LPT som kan väntas få särskild betydelse för vården av patienter med missbruks- eller beroendeproblem. En sådan bestämmelse är återinförandet av en specialindikation, enligt vilken patienten kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir. Detta skulle kunna innebära en möjlighet att förlänga vården utan samtycke utöver den första fyraveckorsperioden i de fall det kan befaras att motivationen är bräcklig och risken för återfall i missbruk är hög. Även behovet av att kunna fullfölja en påbörjad och för behandlingsplaneringen oundgänglig utredning av hälsotillståndet kan bidra till denna bedömning. I detta sammanhang kan det noteras att det redan i dag finns en grupp patienter som vårdas under lång tid enligt LPT med beroendediagnos som primär angiven diagnos.

7.6 Kompetensen inom LPT-vården behöver förstärkas

Utredningens bedömning: Behandlingskompetensen inom psykiatrin bör förstärkas i fråga om psykosocial behandling och läkemedelsbehandling vid missbruk eller beroende. Härvid kan befintlig personal inom dagens LVM-vård vara en förstahandsresurs, som kan erbjudas anställning inom landstinget. Men det kan också finnas behov som motiverar nyanställning.

Utredningens förslag: En treårig satsning ska göras för att öka kompetensen hos den nuvarande personalen inom psykiatrin vid behandling av människor med missbruks- eller beroendeproblem i såväl öppen som sluten vård. Särskilt ska

utbildningsbehoven beaktas hos den personal som arbetar inom heldygnsvården och med vården utan samtycke.

Staten ska bistå huvudmännen ekonomiskt med detta i likhet med det som gjorts inom den hittillsvarande psykiatrisatsningen.

Det är viktigt att sörja för att det inom den psykiatriska vården finns en tillräcklig kompetens när det gäller psykosocial och farmakologisk behandling och utredning inför en sådan behandling för att kunna möta behovet av vård hos patienter med svår missbruks- eller beroendeproblematik. Patienter med sådan problematik finns redan i dag i avsevärd omfattning inom psykiatrin och LPT-vården. Behovet av att bygga ut den psykosociala kompetensen inom den psykiatriska vården, särskilt för den personal av olika kategorier som arbetar med patienter vårdade enligt LPT, kan delvis tillgodoses genom att personal inom den nuvarande LVM-vården erbjuds anställning inom landstinget och delvis genom nyrekrytering.

När vården utan samtycke av människor med missbruks- och beroendeproblem helt blir ett ansvar för sjukvårdshuvudmannen och närmast psykiatrin, behövs vidare riktade satsningar för att utveckla kompetensen hos personalen inom detta område. Det gäller såväl metoder för diagnostisk och psykosocial utredning som behandling vid missbruk eller beroende, identifikation av missbrukssubstanser och samarbete med viktiga aktörer på det övriga missbruksområdet. Vårdinnehåll och vårdmiljö inom vårdavdelningar för psykiatrisk heldygnsvård behöver utvecklas, liksom metoder för att systematiskt dokumentera och kvalitetssäkra verksamheten för dessa patientgrupper.

Utbildningsbehoven för den personal som i ökad utsträckning kommer att ta emot patienter med dominerande missbruksproblem för heldygnsvård utan samtycke måste särskilt uppmärksammas. En del patienter med narkotikaberoende har erfarenhet av kriminalvård efter narkotikarelaterad brottslighet. För denna kategori kan omvårdnadsarbetet ibland medföra särskilda utmaningar, utifrån dessa patienters erfarenheter av vistelser i starkt kontrollerade och övervakade miljöer.

Inom några av Statens institutionsstyrelsens nuvarande behandlingshem har man specialiserat sig på att ta hand om svårbehandlade klienter med samsjuklighet med allvarlig psykisk störning och

beroende. Denna grupp kan behöva ett personalintensivt och specialiserat omhändertagande, och de vunna erfarenheterna från dessa institutioner bör tas till vara bland annat i form av kompetensöverföring.

Således förutser utredningen ett tämligen omfattande behov av kompetensutveckling. Dessa bör inordnas under regeringens redan pågående och beslutade psykiatrisatsning, som fördelas och utvärderas av Socialstyrelsen.¹

7.7 Organisatoriska konsekvenser och uppföljning

7.7.1 Organisatoriska förändringar

Genom den integrering av LVM och LPT som utredningen här förordar kan vårdplatserna inom psykiatrin behöva förstärkas, samtidigt som Statens institutionsstyrelses behov av nuvarande 11 särskilda behandlingshem för LVM-vård upphör. Ett alternativ kan vara att dess institutioner består i en eller annan form i varje fall under en övergångsperiod.

Under 2010 rapporterades, enligt preliminära uppgifter från Socialstyrelsen som avser perioden januari till augusti, 11 468 avslutade vårdtillfällen (motsvarande 7 813 patienter). Den 31 augusti var 1 400 patienter intagna enligt LPT för heldygnsvård. Dessutom tillkommer patienter i vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård. Uppskattningsvis kommer detta antal att efter integreringen öka med 15 till 20 procent, oaktat de övriga förändringar inom LPT-lagstiftningen och därav ändrad tillämpning som den pågående översynen inom Psykiatrilagsutredningen kan komma att innebära.

Hur en eventuell förstärkning av vårdplatser bör ske får respektive landsting själv avgöra. För landsting som behöver tillskott kan det vara ett alternativ att ta över något av de nuvarande LVM-hemmen från Statens institutionsstyrelse. Landstingen får i sin helhet bära kostnaderna för den nya LPT-vården. Det betyder framför allt en kostnadsöverföring från kommunsektorn till landstingen. Också staten har i dag vissa kostnader för den LVM-

¹ Riksdagen har för budgetåret 2010 (prop. 2009/10:1 utgiftsområde 9, bet. 2009/10:SoU1, rskr. 2009/10:131) beslutat att avsätta 889 938 000 kronor för regeringens satsning på förbättringar inom psykiatriområdet (anslag 1:8 Bidrag till psykiatri). I budgetpropositionen för 2011 (prop. 2010/11:1 utgiftsområde 9) förutses satsningar i samma storleksordning t.o.m. 2014.

vård som Statens institutionsstyrelse bedriver. Dessa kostnader bör i fortsättningen bäras av landstingen.

Genom utredningens förslag till skatteväxling och statligt finansierade bidrag (se kapitel 10) kompenseras landstingen för dessa kostnader vid överföringstillfället. Det bör ge utrymme till både lokallösningar vid behov och personell förstärkning för den utökade patientgruppen. Den personal som arbetar närmast med LVM inom Statens institutionsstyrelse bör erbjudas möjlighet till arbete inom landstingspsykiatri inklusive LPT-vården, där ett utökat personalbehov bör föreligga.

Den av utredningen föreslagna nationelle samordnaren bör bland annat bistå huvudmännen vid skatteväxling och bör också få i uppdrag att vara behjälplig med överförande av tidigare LVM-vård till landstingen och avvecklingen av LVM inom Statens institutionsstyrelse. Den nationelle samordnaren bör också särskilt bistå parterna med konsekvenslösningar för berörd personal.

7.7.2 Reformens uppföljning

Utredningens förslag: De personer som ges vård enligt LPT ska förtecknas i ett nationellt register, där även orsak till intagning och vistelsens längd ska registreras. Lämpligen bör Socialstyrelsen få i uppdrag att utveckla och hantera registret.

Ett särskilt forskningsuppdrag ska ges för att under en treårsperiod följa tillämpningen av LPT och därvid utvärdera och bedöma effekterna av integreringen av de båda lagarna. Frågor om vårdtider i öppen och slutenvård, med och utan samtycke samt effekterna av given vård ska särskilt stå i fokus, liksom en bedömning av vilka vårdbehov som inom nyordningen tillgodoses respektive inte tillgodoses.

Utredningens bedömning: Forskning om vård utan samtycke bör uppmuntras för att stärka vårdens innehåll.

Det är av största betydelse att denna omläggning till att endast medge vård utan samtycke inom landstingets verksamheter för människor med svåra missbruks- eller beroendeproblem, får en effektiv uppföljning. Endast så går det att bedöma vilka långsiktiga följder en reformering av vården utan samtycke har fått och endast så kan behovet av vidare reformer på området bedömas.

LVM-vården är i dag den del av missbruks- och beroendevården som har varit föremål för granskning och forskning. Endast inom LVM-vården finns det så gott som fullständiga data på individnivå under en lång följd av år, och forskningen utifrån olika akademiska perspektiv har varit relativt omfattande. Minst samma ambitioner måste förverkligas för LPT-vårdens del när det gäller dokumentation och systematisk statistik av patientprofiler, process och uppföljning av resultat. Utredningen menar att nuvarande svagheter rörande dokumentation och nationell uppföljning för LPT-vårdens del måste rättas till oavsett den föreslagna integreringen av LVM-vården med vård enligt LPT. Regeringen gav redan i början av år 2009 Socialstyrelsen i uppdrag att påskynda utvecklingen av grunddata på psykiatriområdet. Detta arbete bör enligt utredningens mening påskyndas och kompletteras med för vården utan samtycke av personer med missbruk eller beroende relevanta parametrar.

Alla som efter reformen tas in med stöd av LPT bör föras in i ett nationellt register, där grunden för intagning och längden på vården utan samtycke registreras.

Samtidigt som extern – universitetsförankrad – forskning om vården utan samtycke ska stimuleras bör också den kliniska, verksamhetsförankrade forskningen stimuleras. Utredningen lämnar i kapitel 6 förslag till en stärkt forskning på missbruksområdet. Den verksamhets- och klientnära forskningens resultat innebär en förutsättning för att vården ska kunna utvecklas bättre, och den kan även bidra till att underlätta rekryteringen av kvalificerade behandlare ur olika discipliner.

Detta kan bland annat bli en viktig uppgift för den nya Myndigheten för vårdanalys. Men en sådan uppföljning bör även ligga inom ramen för Socialstyrelsens tillsynsansvar enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

Slutligen bör det erinras om att LPT för närvarande är underkastad en lagteknisk översyn av Psykiatrilagsutredningen, och att vissa förändringar därmed är tänkbara senare som ett resultat av den översynen. Missbruksutredningens lagförslag är visserligen utformade för att ingå i dagens LPT, men de är också så tänkta att kunna införas i en reviderad LPT. Om detta har Missbruksutredningen samrått med Psykiatrilagsutredningen.

8 Polisens och kriminalvårdens roll vid missbruk

8.1 Bättre omvårdnad av omhändertagna enligt LOB

Utredningens förslag: Huvudansvaret för förvaring och tillsyn vid polisens omhändertagande enligt LOB ska ligga hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.

Den omhändertagne ska föras till en av landstinget anordnad enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenhet, om inte särskilda skäl talar däremot. Landstinget svarar för att tillhandahålla och finansiera sådan enhet, om inte annan lösning väljs genom samarbetsavtal med ett annat landsting och en eller flera kommuner.

Om tillnyktring inte lämpligen kan ske på en enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenhet på grund av aggressivitet eller våldsamt uppträdande hos den omhändertagne, får han eller hon förvaras i arrest hos polisen eller inom Kriminalvården för tillnyktring. Landstinget svarar i dessa fall för att polisen eller personalen hos Kriminalvården har tillgång till medicinsk bedömning under den omhändertagnes tillnyktring.

Polisen svarar även fortsättningsvis för uppgifterna att omhänderta, skyddsvisitera samt transportera en omhändertagen person enligt LOB till en enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenhet.

8.1.1 Nuvarande ordning

Enligt bestämmelser i lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB) får polisen omhänderta en person som anträffas så berusad av alkoholdrycker eller annat berusnings-

medel att han eller hon inte kan ta hand om sig själv eller annars utgör en fara för sig själv eller någon annan. Med stöd av polislagen (1984:387) kan polisen tillfälligt omhänderta en person som genom sitt uppträdande stör den allmänna ordningen eller utgör en omedelbar fara för den allmänna ordningen. Omhändertagande får även ske för att avvärja en straffbelagd handling. Om en person uppfyller förutsättningar för omhändertagande enligt båda lagarna, ska LOB tillämpas. I praktiken innebär detta att det finns sex olika grunder för att omhänderta en berusad person, tre grunder enligt LOB och tre grunder enligt polislagen.

När LOB trädde i kraft år 1977 var tanken att lagen skulle skapa förutsättningar för ett mer humant omhändertagande av berusade personer och att dessa skulle ges vård och omsorg (prop. 1975/76:113). Av 4 § LOB framgår att en omhändertagen person som inte bereds vård på sjukhus eller någon annan vårdinrättning och inte hellre tas hand om på något annat sätt eller annars kan friges, får hållas kvar och tas i förvar om det krävs med hänsyn till ordning och säkerhet. De vårdinriktade alternativen har alltså enligt lagtexten företräde och kvarhållande i arresten ska ses som en sista utväg. I samband med lagens införande inleddes också en försöksverksamhet med särskilda tillnyktringsenheter som avsågs ersätta förvaringen i polisarrest. Enligt de utvärderingar som har gjorts av verksamheten vid tillnyktringsenheterna fungerade dessa på det hela taget positivt. Utvärderingarna visade bland annat att förvaring i polisarrest i de allra flesta fall kunde ersättas med förvaring på tillnyktringsenhet och de omhändertagna fick därigenom säkrare medicinska bedömningar och bättre omvårdnad. För cirka 15–20 procent av de omhändertagna visade det sig dock svårt att helt ersätta polisarresten eftersom dessa personer var aggressiva, våldsamma eller hotfulla vid omhändertagandet (Ds 2001:31).

Utvecklingen gick emellertid inte den väg som lagstiftaren tänkt sig. Sedan försöksverksamheten med tillnyktringsenheter avslutats avstannade utbyggnaden av tillnyktringsenheter, troligen såväl av otydlighet om vem som var ansvarig och av ekonomiska skäl. På flera håll i landet lades enheter ned. För närvarande finns det ett tiotal tillnyktringsenheter i landet. I områden utan tillnyktringsenheter hanteras ibland tillnyktring inom ramen för andra verksamheter. På flera håll saknas i dag specifik tillnyktringsverksamhet. Bristen på sådan verksamhet medför att endast en mindre del av omhändertagna enligt LOB får tillgång till tillnyktring under betryggande medicinska former. Under 2009 uppgick antalet

omhändertagande till cirka 62 000. Av dessa var det 9 procent som överfördes av polisen till sjukhus, alkoholpoliklinik eller annan vårdinrättning. Den absoluta majoriteten, 87 procent, tillbringade tiden för tillnyktringen i polisarrest.

8.1.2 Tillnyktring under medicinsk övervakning

Utredningen anser att det inte är värdigt ett välfärdssamhälle att majoriteten av personer som omhändertas enligt LOB, och som i regel inte har begått brott, inte får tillgång till tillnyktring under medicinsk övervakning trots att lagen har varit gällande i över 30 år. Polisen saknar medicinsk kompetens och har därför svårt att i arresten tillgodose behovet av nödvändig medicinsk tillsyn. Som en följd av ett tilltagande blandmissbruk mellan alkohol och andra droger, har det också blivit svårare för polisen att bedöma de omhändertagnas tillstånd. Detta innebär en stor risk för de omhändertagnas säkerhet, eftersom de riskerar att fara illa eller till och med att avlida i brist på adekvat medicinskt omhändertagande och insatsberedskap. Som exempel kan nämnas att i genomsnitt sex personer årligen avlider i samband med omhändertagande enligt LOB. Flera personer som har avlidit i polisarrest under senare år har varit drabbade av akut alkoholförgiftning eller blandförgiftning med alkohol, narkotika och läkemedel. Det har också visat sig att polisen inte bara har svårigheter att bedöma behov av vård hos den omhändertagne utan också att initiera vård och behandling efter tillnyktring.

Utöver rena säkerhetsaspekter sker också förvaring av berusade personer i arrest under förhållanden som med dagens värderingar framstår som otidsenliga och inte svarar mot grundläggande humanitära krav. Inlåsning sker i regel i lokaler som inte är anpassade för omvårdnad. Ofta saknas möjlighet att få mat, tvätta kläder eller duscha.

Även utifrån ett rent polisiärt perspektiv är den nuvarande ordningen otillfredsställande. Uppgiften har en svag koppling till de centrala polisuppgifterna. Statsmakterna har i andra sammanhang uttryckt en vilja att renodla polisens arbetsuppgifter till att gälla bland annat brottsutredande verksamhet och upprätthållande av ordning och säkerhet på gator och torg.

8.1.3 Huvudansvaret bör ligga hos landstinget

Utredningen anser mot denna bakgrund att huvudansvaret för förvaring och tillsyn av omhändertagna enligt LOB inte längre bör ligga på polisen utan vara en uppgift för en annan huvudman som har möjligheter att säkerställa att den som omhändertagits får adekvat tillsyn och omvårdnad under tillnyktringen. Frågan om organisation och ansvar för tillnyktringsverksamheten har diskuterats alltsedan LOB trädde i kraft. Under 2000-talet har frågan utretts vid flera tillfällen men olika lösningar har valts när det gäller vem som ska överta ansvaret från polisen. Inget förslag har emellertid medfört några lagändringar av ansvaret och organiseringen.

Dagens otydliga ansvar för tillnyktringsverksamheten medför bland annat att huvudmannskapet varierar för de särskilda tillnyktringsenheter som finns i dag. I något fall bedrivs och finansieras verksamheten av kommunen. I andra fall bedrivs den av landstinget medan den finansieras av landsting och kommun gemensamt. I ytterligare andra fall bedrivs den av landsting och finansieras helt av kommuner. I något fall bedrivs och finansieras verksamheten av landstinget utan finansiell samverkan med kommunerna.

Utredningen ser det som en naturlig utgångspunkt att den huvudman som ska ha ansvaret för personer som aktivt söker eller frivilligt accepterar ett erbjudande om tillnyktring också ska ha ansvaret för tillnyktring av personer som omhändertas enligt LOB. I avsnitt 3.3.4 har utredningen föreslagit att huvudansvaret för tillnyktring ska ligga på landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Det innebär således att även huvudansvaret för förvaring och tillsyn av omhändertagna enligt LOB bör vara ett ansvar för sjukvårdshuvudmannen i linje med intentionerna vid lagens tillkomst 1976 om att ge vård och omsorg vid omhändertagandet. Med ett tydligt ansvar för det behandlingsansvariga landstinget att erbjuda tillnyktring, bör det bli lättare vid omhändertagande enligt LOB att både bedöma behov av vård och behandling och också initiera nödvändiga insatser efter tillnyktring. Vården eller behandlingen bör inledas snarast efter tillnyktring om den omhändertagne samtycker till detta.

Tillnyktring kan lämpligen ske på en av landstinget anordnad enhet för tillnyktring eller annan motsvarande vårdenhet, om det behövs med hänsyn till den omhändertagnes tillstånd. Att landstinget får huvudansvar att tillhandahålla och finansiera tillnykt-

ringsverksamhet innebär dock inte att andra lösningar inte kan bli aktuella beroende på lokala förhållanden. Som tidigare framgått ska det finnas möjlighet för landstinget att ingå samarbetsavtal med ett annat landsting och en eller flera kommuner. Långa transporter, få omhändertaganden enligt LOB eller litet befolkningsunderlag är exempel på sådana lokala omständigheter som kan medföra att ett samarbetsavtal kommer till stånd. Ett samarbetsavtal bör träffas efter samråd med polismyndigheten. Utredningen vill dock betona att utan ett sådant avtal är det huvudregeln som gäller, det vill säga att landstinget är ansvarigt att tillhandhålla och finansiera enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenhet.

8.1.4 Tillnyktring hos polis och kriminalvård i undantagsfall

Med utredningens förslag kommer majoriteten av omhändertagna enligt LOB att erbjudas tillnyktring vid en tillnyktringsenhet eller motsvarande vårdenhet. Det är dock inte realistiskt att utgå från att alla omhändertagna kan skjutas till sådana enheter. Utvärderingarna av försöksverksamheten med tillnyktringsenheter visade bland annat att uppskattningsvis 15–20 procent av de omhändertagna inte kunde överlämnas till sjukhus eller tillnyktringsenhet utan måste kvarhållas hos polisen för att de var aggressiva, våldsamma eller hotfulla (Ds 2001:31). Vid den senaste översynen av LOB uppskattade polisen att det rör sig om cirka 30 procent av de omhändertagna som sannolikt skulle komma att finnas kvar hos polisen på grund av aggressivitet eller stökighet (Justitiedepartementet 2005).

För personer som är aggressiva, våldsamma eller hotfulla anser utredningen att det finns skäl som motiverar undantag från huvudregeln. Det bör således förbli ett fortsatt polisiärt ansvar att i dessa mindre antal omhändertaganden förvara personen i arrest eller inom Kriminalvården för tillnyktring under nödvändig tid. Ett annat sådant skäl kan vara att den omhändertagne uppträder så stökigt att man kan befara att klinikens personal får svårt att hantera honom eller henne. Det är ju inte meningen att landstinget ska behöva anställa särskilda ordningsvakter på tillnyktringsenheten. Ett mera praktiskt skäl för att göra undantag kan vara att närmaste tillnyktringsenhet ligger på så långt avstånd från den omhändertagnes bostad att han eller hon får svårigheter att ta sig hem efter tillnyktringen.

Sedan den omhändertagne överlämnats till personalen vid tillnyktringskliniken eller en motsvarande vårdenhet, kan det vara lämpligt att polisen stannar kvar en kort tid för att förvissa sig om att den omhändertagne inte genast vill ge sig därifrån. Innan polisen lämnar tillnyktringsenheten, ska polismannen fatta beslut om den omhändertagnes frigivning. Eftersom den omhändertagne då inte längre är frihetsberövad, har personalen på tillnyktringsenheten inga lagliga möjligheter att hindra den omhändertagne från att lämna enheten.

Enligt 7 § LOB ska frigivandet alltid ske senast inom åtta timmar efter omhändertagandet, om det inte är uppenbart förenligt med den omhändertagnes eget intresse att få stanna kvar en kortare tid därutöver. Utredningen ser ingen anledning att föreslå någon ändring av nuvarande tidsgräns.

I de fall polisen eller Kriminalvården ansvarar för tillnyktring bör lösningen vara att landstinget svarar för att polisen eller personalen hos Kriminalvården har tillgång till medicinsk bedömning under den omhändertagnes tillnyktring. Hur tillgången ska se ut kommer att variera i det enskilda fallet. I vissa fall kanske det räcker att polisen använder sig av de medicinska bedömningar som tillhandahålls vid landstingets jourmottagningar eller motsvarande. I andra fall kan det finnas behov av att en sjuksköterska kommer till arresten eller Kriminalvården för provtagning och medicinsk bedömning av den omhändertagne. Detta innebär i och för sig att omhändertagandet kvarstår i arresten eller hos Kriminalvården, men ger ändå en viss medicinsk kontroll och en ökad trygghet för såväl den omhändertagne som för personalen vid arresten eller Kriminalvården.

När ansvaret för tillnyktringen ändras och förs över från polisen till hälso- och sjukvården kommer problemet att kvarstå att någon måste omhänderta, skyddsvisitera och transportera den berusade personen. Sådana uppgifter ska självfallet ligga kvar hos polisen. Polisen ska således även fortsättningsvis svara för att frihetsberöva, skyddsvisitera samt transportera en omhändertagen person enligt LOB till en enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenhet.

8.2 Ändring i polislagen (1984:387)

Utredningens bedömning: Till utredningen har överlämnats en framställan av Rikspolisstyrelsen om ändring i polislagen. I framställan föreslås att det i polislagen ska föras in en ny bestämmelse som reglerar polisens skyldighet att lämna ut uppgifter om personer som misstänks för rattfylleri. Utredningens anser att skälen mot en lagändring är så starka att framställan inte bör föranleda lagändring.

8.2.1 Framställan

Rikspolisstyrelsen har i sin framställan anfört bland annat följande. Nationell samverkan mot alkohol och droger i trafiken enligt den så kallade Skelleftemodellen syftar till att minska återfall i rattfylleri och öka möjligheten för de påverkade förare som ertappats att ta itu med sina problem genom att erbjuda dem en möjlighet till behandling. Modellen bygger på kunskapen om att den som ertappats för rattfylleri är mycket mer mottaglig för att ta emot hjälp för sitt missbruk om erbjudandet kommer så snabbt som möjligt, helst inom 24 timmar från händelsen. Den inledande repressiva insatsen från Polisens sida ska utmynna i förebyggande och vårdinriktade åtgärder.

Den nuvarande rättsliga regleringen på området innebär enligt Rikspolisstyrelsen att Polisen inte rutinmässigt kan lämna ut aktuella uppgifter till socialtjänsten. Uppgifter om en person som är misstänkt för rattfylleri kan dock lämnas ut till socialtjänsten om berörd person medger det. Konsekvenserna av gällande rätt blir enligt Rikspolisstyrelsen att Polisens möjligheter att arbeta förebyggande försvåras genom att Skelleftemodellen och liknande modeller inte kan tillämpas fullt ut.

8.2.2 Skelleftemodellen

I samband med Polisens nykterhetskontroller får den som ertappats frågan om han eller hon har alkoholproblem och ett erbjudande om ett samtal med beroendevården. Tackar den misstänkte ja, skickar polisen omedelbart en rapport till socialtjänsten som tar kontakt med klienten inom 24 timmar och kallar till samtal.

Rattfylleriutredningen har i ett delbetänkande *Rattfylleri och sjöfylleri* (SOU 2006:12 s. 202) bland annat anfört att man med Skelleftemodellen når alla som grips med ett erbjudande om behandling. Erbjudandet kommer omedelbart efter det att brottet rapporterats och möjligheten att förneka sin problematik minskas därmed. Det är utredningens uppfattning att verksamheten är mycket bra. En konsekvent tillämpning av modellen kommer enligt Rattfylleriutredningens uppfattning att öka möjligheterna att på ett tidigt stadium identifiera och fånga upp de personer som är i behov av vård och behandling. De påföljder som innehåller en mer genomgripande vård och behandling, främst skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan (s.k. kontraktsvård) kan då komma i fråga för fler rattfyllerister. Modellen bör därför permanentas och bli ett obligatoriskt inslag i polisens utredningsarbete vid misstanke om rattfylleri. Ett permanentande av modellen som obligatorisk arbetsmetod torde förutsätta att det i lagstiftningen föreskrivs en skyldighet för samverkande myndigheter att medverka.

Rikspolisstyrelsen har i sin framställan bland annat uppgivit att Statens väg- och transportinstitut på uppdrag av dåvarande Vägverket genomfört en utvärdering av modellen. Enligt denna finns det ett stort stöd och överlag en positiv grundinställning till Skelleftemodellen bland medverkande myndigheter, och verksamheten fungerar relativt bra i många län. Ungefär 20 procent av rattfylleristerna som tillfrågades accepterade Polisens erbjudande om kontakt med socialtjänst eller beroendevård. Av dem som tackade ja var det sedan 38 procent som genomgick samtal.

Erfarenheter från fältet visar enligt Rikspolisstyrelsen att när Skelleftemodellen infördes var det viktigt att den person som misstänktes för rattfylleri samtyckte till att uppgifter om honom eller henne lämnades ut till socialtjänsten för att denna skulle kunna kontakta personen. Därefter har man på många håll inom polisen och kommuner sett det som värdefullt att Polisen vid samtliga misstänkta rattfylleri brott kontaktar socialtjänsten oavsett om den misstänkte lämnat samtycke eller inte. Anledningen till detta är att en hel del personer som är misstänkta för rattfylleri och som vid rapporteringstillfället inte vill ha någon kontakt med socialtjänsten ändrat sig när de sedan blivit kontaktade.

8.2.3 Rättsliga förutsättningar

Enligt 3 § första stycket polislagen (1984:387) ska Polisen samarbeta med myndigheter och organisationer, vilkas verksamhet berör polisverksamheten. Särskilt åligger det därvid Polisen att fortlöpande samarbeta med myndigheterna inom socialtjänsten och snarast underrätta dessa om förhållanden som bör föranleda någon åtgärd av dem.

Sekretess gäller enligt 35 kap. 1 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen (2009:400; OSL) för uppgifter om enskilda personliga och ekonomiska förhållanden i utredning enligt bestämmelserna om förundersökning i brottmål, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men. Uppgifter om personer som är misstänkta för brott omfattas sålunda av sekretess enligt bestämmelsen.

Sekretessbelagda uppgifter hos en myndighet får enligt 8 kap. 1 § första stycket OSL inte röjas för enskilda eller andra myndigheter, om inte annat anges i OSL eller i lag eller förordning som OSL hänvisar till.

Enligt den så kallade generalklausulen i 10 kap. 27 § första stycket OSL får en sekretessbelagd uppgift lämnas till en myndighet, om det är uppenbart att intresset av att lämna uppgiften har företräde framför det intresse som sekretessen ska skydda. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att ett rutinmässigt utlämnande av uppgifter från en myndighet till en annan bör vara författningsreglerat. Det är endast i undantagsfall som ett sådant utlämnande kan ske med stöd av generalklausulen.

I 10 kap. 28 § första stycket OSL föreskrivs att sekretess inte hindrar att uppgift lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldigheten följer av lag eller förordning. Offentlighets- och sekretesskommittén har i betänkandet *Ny sekretesslag* (SOU 2003:99, s. 338) gjort bedömningen att bestämmelsen i 3 § polislagen inte i sig kan anses vara tillräckligt preciserad för att kunna hänföras till en uppgiftsskyldighet i enlighet med numera 10 kap. 28 § första stycket OSL.

8.2.4 Bedömning

Personer som misstänks för rattfylleribrott har inte sällan missbruksproblem. Den Skelleftemodell som Rikspolisstyrelsen åberopar till stöd för sin framställan innebär en möjlighet att snabbt erbjuda stöd och vård. Detta ligger helt i linje med utredningens överväganden om upptäckt och tidig intervention inom missbruks- och beroendevården. Rattfylleri kan också vara ett svårt brott som äventyrar många liv i trafiken.

Det finns emellertid flera skäl som talar mot den föreslagna lagändringen.

Huvudregeln vid all vård och behandling är att insatser som sätts in ska bygga på samtycke. Den åberopade statistiken visar att endast ungefär 20 procent av de tillfrågade misstänkta rattfylleristerna accepterade ett erbjudande om kontakt med socialtjänsten eller beroendevården. Och av dessa var det bara 38 procent som genomgick samtal. Det betyder att bara 7–8 procent av dem som polisen misstänkte för rattfylleribrott valde att samtala om sina problem med socialtjänsten eller beroendevården. Ännu färre relativt sett skulle säkerligen vägra att samtala om sina beroendeproblem om en anmälan skickades in utan föregående samtycke.

Här är det vidare fråga om att bryta sekretessen redan vid en misstanke och innan vederbörande har blivit dömd för rattfylleribrott. En anmälan till socialtjänsten eller beroendevården ger upphov till en registrering som kan komma att uppfattas som starkt integritetskränkande. Det ska också sägas att det räcker med en alkoholkoncentration i blodet under eller efter färden på endast 0,2 promille för att någon ska kunna dömas för rattfylleri. Detta är en internationellt sett låg siffra. Till detta kommer att den föreslagna obligatoriska anmälan till socialtjänsten eller beroendevården skulle ge upphov till en icke obetydlig administrativ apparat med ett ur behandlingssynpunkt ringa resultat.

Utredningen finner därför sammantaget att skälen mot den föreslagna lagändringen är så starka att utredningen för sin del avstår från att föreslå en lagändring.

8.3 Vård i stället för straff

Utredningens bedömning: Den förbättrade missbruks- och beroendevård som det varit utredningens uppgift att föreslå bör

följas av en översyn av bestämmelserna på det straffrättsliga området när det gäller lagföringen av människor med missbruksproblem som har begått brott.

8.3.1 Åtalsunderlåtelse, straffmätning och val av påföljd

En rad bestämmelser i brottsbalken (BrB) och andra författningar ger möjlighet att underlåta åtal eller till strafflindring eller vård i stället för straff när människor som har problem med missbruk eller beroende eller har psykiska problem har begått brott.

Till en början kan sägas att åklagaren under vissa förutsättningar kan underlåta åtal enligt 20 kap. 7 § rättegångsbalken om psykiatrisk vård kommer till stånd. Och enligt 46 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ska åklagaren pröva om åtal lämpligen bör ske när den som har beretts vård med stöd av LVM är misstänkt för brott för vilket det inte är föreskrivet strängare straff än fängelse i ett år och som har begåtts innan vården påbörjades eller under vårdtiden. I det senare fallet ska Statens institutionsstyrelse eller, om vården har upphört, socialnämnden höras.

När ett brott har gått till åtal ska rätten enligt 29 kap. 3 § BrB vid bedömningen av straffvärdet särskilt beakta som förmildrande omständigheter om den tilltalade till följd av en allvarlig psykisk störning haft starkt nedsatt förmåga att inse gärningens innebörd eller att anpassa sitt handlande efter en sådan insikt eller annars till följd av en psykisk störning, sinnesrörelse eller av någon annan orsak haft starkt nedsatt förmåga att kontrollera sitt handlande.

Den som har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning ska enligt 30 kap. 6 § i första hand dömas till annan påföljd än fängelse. Rätten får döma till fängelse endast om det finns synnerliga skäl. Vid bedömningen om det finns sådana skäl ska rätten bland annat beakta

- om den tilltalade saknar eller har ett begränsat behov av psykiatrisk vård,
- om den tilltalade i anslutning till brottet själv har vållat sitt tillstånd genom rus eller på något annat liknande sätt.

Vid val av påföljd ska rätten enligt 30 kap. 9 § BrB som skäl för skyddstillsyn beakta om det finns anledning att anta att den tilltalade avhåller sig från fortsatt brottslighet. Som särskilda skäl för skyddstillsyn i stället för fängelse kan rätten beakta

- om den tilltalade undergår behandling för missbruk eller något annat förhållande som kan antas ha samband med hans brottslighet,
- om missbruk av beroendeframkallande medel eller något annat särskilt förhållande som kräver vård eller annan behandling i väsentlig grad har bidragit till att brottet har begåtts och den tilltalade förklarar sig villig att gå igenom lämplig behandling som enligt en för honom uppgjord plan kan anordnas i samband med verkställigheten.

8.3.2 Om överlämnande till särskild vård i vissa fall

Kan den som begått en brottslig gärning bli föremål för vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall får rätten enligt 31 kap. 2 § BrB överlämna åt socialnämnden eller, i fråga om den som redan är intagen i ett hem där sådan vård meddelas, åt den som förestår hemmet att föranstalta om behövlig vård. Innan rätten beslutar om överlämnande ska socialnämnden eller den som förestår hemmet höras.

Är för brottet stadgat strängare straff än fängelse i ett år får överlämnande ske endast om det föreligger särskilda skäl.

Lider den som har begått ett brott för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, av en allvarlig psykisk störning, får rätten enligt 31 kap. 3 § BrB överlämna honom till rättspsykiatrisk vård, om det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

Har brottet begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, får rätten besluta att särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) ska äga rum vid vården, om det till följd av den psykiska störningen finns risk för att han återfaller i brottslighet, som är av allvarligt slag.

8.3.3 Några slutsatser

Den lämnade översikten över gällande bestämmelser i fråga om åtal och påföljder när brott har begåtts av den som har problem med missbruk eller beroende eller lider av en allvarlig psykisk störning,

visar att man i lagstiftningen på olika sätt tagit särskild hänsyn till det vårdbehov som kan finnas.

Det har inte varit utredningens uppgift att närmare granska den svenska lagstiftningens konsekvenser på området. Men utredningen har vid sin internationella utblick över missbrukslagstiftningens utformning i några olika länder ansett sig kunna konstatera att det i flera länder finns större möjligheter än i Sverige att döma eller överlämna till vård i stället för att utdöma straff. Den förbättrade missbruks- och beroendevård som det är utredningens uppgift att föreslå bör enligt utredningens mening följas av en översyn av bestämmelserna på det straffrättsliga området.

8.4 Kriminalvården och missbruket

8.4.1 Mer behandling i kriminalvården

Utredningens bedömning: Kriminalvården bör i samverkan med andra aktörer nyttja verkställighetstiden effektivt för behandling av personer med missbruk eller beroende i syfte att minska återfall i brottslighet.

Missbruk leder till kriminalitet

Kriminalitet innebär stora kostnader för samhället. Den direkta kostnaden för hela kriminalvården uppgick 2010 till cirka 7,3 miljarder. Till detta kommer väsentligt större kostnader för samhället. Samhällsekonomiska beräkningar indikerar exempelvis att en person med narkotikamissbruk kostar samhället minst 2 miljoner per år.

Brottslighet är i stor utsträckning missbruksrelaterad. År 2010 anmäldes drygt 1,3 miljoner brott. De grövsta brotten renderar fängelse. Narkotikabrott är den vanligaste orsaken till att fängelse döms ut. Under den senaste tioårsperioden har narkotikabrottens andel av fängelsestraffen ökat från cirka 30 till 40 procent. Därefter följer olika tillgrepps- respektive våldsbrott. Även dessa brott är ofta förknippade med missbruk. Exempelvis är gärningsmannen vid misshandel i åtta av tio fall påverkad av alkohol eller andra droger. Den fjärde vanligaste orsaken till fängelse är rattfylleribrott, vilket är direkt relaterat till alkohol- och droganvändning.

Mellan 60 och 70 procent av kriminalvårdens klienter har missbruksproblem och är beroende av narkotika, alkohol eller andra droger. Av de cirka 10 000 personer som dagligen är föremål för verkställighet av påföljd i anstalt, häkte eller frivård har således en stor andel sådana problem. Blandmissbruk är också mycket vanligt förekommande.

Enligt den officiella kriminalstatistiken återfaller cirka 40 procent av dem som lagförts för brott i ny brottslighet inom tre år. Missbruk är en av de allra vanligaste orsakerna till återfall i brottslighet. Narkotikabrott och rattfylleri är två tydliga exempel på detta. Men även tillgreppsbrotten sker i hög grad för att finansiera missbruk, företrädesvis inköp av narkotika.

Kriminalvården en viktig arena för behandling

Utredningen vill mot denna bakgrund understryka vikten av att i högre grad använda kriminalvården som en arena för behandling av missbruk och beroende som ett led i det för kriminalvården centrala arbetet att förebygga återfall i brott.

För att detta arbete ska vara framgångsrikt krävs att den enskildes motivation tas tillvara och att de återfallspreventiva insatserna är kunskapsbaserade i den mening att de har vetenskapligt dokumenterad effekt. Detta ställer till exempel krav på de insatser som ges mot missbruk och beroende inom ramen för det återfallspreventiva arbetet.

Det är också viktigt att de insatser som påbörjats innan straffet utdömts kan fortsätta under verkställigheten och att de insatser som påbörjas under denna kan fortsätta efter frigivning, till exempel läkemedelsbehandling av olika beroendetillstånd. Detta ställer krav på samverkan mellan Kriminalvården och andra myndigheter, bland annat hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Utredningens förslag syftar också till att skapa bättre förutsättningar för ett mer effektivt brottsförebyggande arbete inom kriminalvården.

Genom att tydliggöra att landstingets behandlingsansvar, inom ramen för den så kallade normaliseringsprincipen, även omfattar klienter i kriminalvården och genom att införa en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende ska tillgängligheten till behandling förbättras för klienter inom frivården och för intagna efter frigivning. Detta bör bidra till att färre av kriminal-

vårdens klienter återfaller i missbruk och kriminalitet efter avtjänat straff.

Den nya skyldigheten för landstinget att ingå samarbetsavtal med Kriminalvården, vilken föreslås nedan, syftar till att fördjupa samverkan kring individer som rör sig mellan eller är i behov av insatser från kriminalvården å ena sidan och landstinget och kommunen i egenskap av huvudmän för missbruks- och beroendevården å den andra.

De nya kraven på auktorisation av behandling vid HVB bör förbättra kvaliteten på den av Kriminalvården upphandlade vården.

8.4.2 Kriminalvårdens ansvar för behandling

Utredningens förslag: Kriminalvården ska som en del av det återfallspreventiva arbetet ha ett fortsatt ansvar för att bedriva brotts- och missbruksförebyggande program för klienter med missbruk eller beroende.

Hälso- och sjukvård

Kriminalvården har enligt HSL och fängeslagen (2010:610) ett särskilt ansvar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård för intagna i anstalter. I praktiken innebär det ofta att kriminalvården bedriver bassjukvård motsvarande primärvård i egen regi. Om en intagen är i behov av specialiserad vård tillhandahålls den normalt av vistelse-landstinget som sedan ersätts av bosättningslandstinget inom ramen för riksavtalet för utomlänssjukvård. I vissa fall är en förutsättning för att Kriminalvården ska ta initiativ till att inleda behandling av planerad specialiserad vård under tiden i anstalt att bosättningslandstinget utlovar att fullfölja behandlingen i fråga efter tiden i anstalt.

Brotts- och missbruksförebyggande insatser

Kriminalvården har som en central uppgift att vidta åtgärder som syftar till att intagna inte återfaller i brott och för att underlätta deras anpassning till samhället. Missbruk är en av de vanligaste orsakerna till återfall i brott. Det är ovan nämnda ansvar för att

förhindra återfall i brott som motiverar kriminalvårdens insatser för personer med missbruk eller beroende.

Idag finns cirka 840 behandlingsplatser för intagna med missbruk eller beroende vid Kriminalvårdens anstalter. Kriminalvården bedriver ett drygt dussin påverkansprogram, varav fem riktar sig särskilt till personer med missbruk eller beroende. År 2009 var antalet klienter som fullföljde de fem programmen cirka 3 900 i frivård och 2 200 i anstalt.

Utöver påverkansprogrammen tillhandahåller kriminalvården viss hälso- och sjukvård för klienter med missbruk eller beroende, bland annat läkemedelsbehandling och vård i familjehem eller hem för vård eller boende.

Kriminalvårdens direkta kostnader för påverkansprogram samt hälso- och sjukvård för klienter med missbruk eller beroende uppgår, enligt myndighetens egna beräkningar, till cirka 400 miljoner kronor per år.

Normaliseringsprincipen

Framgångsrikt återfallspreventivt arbete förutsätter i många fall samverkan mellan Kriminalvården och andra myndigheter, bland annat socialtjänsten, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Samverkan krävs för att insatser som inletts inom kriminalvården ska kunna fullföljas efter verkställighetens slut, till exempel behandling av missbruk eller beroende. Omvänt krävs samverkan med Kriminalvården för att fullfölja insatser som inletts inom till exempel socialtjänsten eller hälso- och sjukvården innan verkställigheten inletts.

Kriminalvårdens ansvar är att i samverkan med andra myndigheter aktivt verka för att den intagnes behov identifieras och så långt som det är möjligt tillgodoses genom olika åtgärder. I ansvaret ingår att förmedla och stödja kontakter mellan de intagna och berörda myndigheter.

Kriminalvårdens ansvar begränsas av den så kallade normaliseringsprincipen. Denna princip innebär att de myndigheter som normalt har ett ansvar för insatser också har ett ansvar för att tillgodose behovet av dessa insatser för klienter inom kriminalvården, till exempel behovet av hälso- och sjukvård och sysselsättning. Endast när klienter omhändertas på ett sådant sätt att det förhindrar andra myndigheters medverkan i slutna anstalter eller

när insatser uteslutande har sin grund i kriminalvårdens uppdrag bör det vara motiverat med avsteg från denna princip.

Oförändrat ansvar, men intensifierade insatser

Utredningen anser att kriminalvården i högre grad än vad som är fallet i dag bör användas som arena för vård och behandling av missbruk och beroende. Kriminalvårdens ansvar ska även framgent omfatta påverkansprogram för personer med missbruk eller beroende i syfte att minska återfall i kriminalitet. Vidare ska Kriminalvården ha ett oförändrat ansvar när det gäller vårdvistelse och kontraktsvård.

Utredningens förslag att samla ansvaret för behandling av personer med missbruk eller beroende hos landstinget ska följaktligen inte förstås som att kriminalvårdens ansvar minskar när det gäller insatser för att motverka återfall i brott för klienter med missbruk eller beroende.

8.4.3 Förstärkt vårdgaranti

Utredningens förslag: Klienter inom kriminalvården ska omfattas av den föreslagna förstärkta vårdgarantin för personer med missbruk eller beroende, inom ramen för den så kallade normaliseringsprincipen.

Utredningen har i kapitel 4 föreslagit att det ska införas en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende. Den förstärkta vårdgarantin innebär i korthet en skyldighet för landstinget att tvärprofessionellt utreda och inleda behandling inom senast 30 dagar och en skyldighet för kommunen att upprätta individuell plan inom senast 30 dagar från den tidpunkt att en patient eller klient söker kontakt med hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten.

Klienter i kriminalvården ska omfattas av den förstärkta vårdgarantin, inom ramen för den så kallade normaliseringsprincipen. Detta innebär enligt utredningens bedömning att klienter i frivård ska omfattas av den förstärkta vårdgarantin på samma sätt som andra medborgare.

Omhändertagandet i anstalt kan förhindra landstingets och kommunens medverkan, till exempel när intagna har långa strafftider. I dessa fall är det motiverat att göra avsteg från den så kallad normaliseringsprincipen.

Utredningen bedömer att den förstärkta vårdgarantin bör bidra till att förbättra tillgången på vård och behandling av missbruk och beroende för klienter inom kriminalvården, tydligast inom frivården.

8.4.4 Bättre kontinuitet i vård och behandling

Utredningens bedömning: Den förstärkta vårdgarantins skyldighet för landstinget och kommunen att vidta åtgärder inom 30 dagar skapar en bättre kontinuitet vid behov av fortsatt behandling eller stöd efter frigivning från kriminalvården.

Kriminalvården har under verkställigheten av ett straff möjlighet att ge stöd och inleda ett motivations- och förändringsarbete med intagna. De samlade resurser som läggs ned i detta arbete bör därefter tas om hand på ett för individen och samhället ändamålsenligt sätt. En åtgärd är att förbättra samverkan. Ett effektivt återfallsförebyggande arbete och meningsfulla frigivningsförberedelser förutsätter en målinriktad och effektiv samverkan mellan Kriminalvården och berörda myndigheter, framför allt socialtjänsten, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedling och Försäkringskassan. Det är därför angeläget att de möjligheter som lagstiftningen ger till utslussningsåtgärder under verkställigheten sker i samverkan, vilket innebär att ett samarbete bör etableras innan vårdgarantins tidsgräns om 30 dagar.

Den förstärkta vårdgarantin innebär en skyldighet för landstinget att utreda och inleda behandling i planerad, specialiserad vård inom senast 30 dagar. När det gäller behandling i specialiserad vård som ska inledas efter avtjänat straff, eller behandling som inletts under vistelse vid anstalt och ska fortsätta, bör Kriminalvården kontakta den intagnes hemlandsting i god tid och senast 30 dagar före frigivning för att aktivera den förstärkta vårdgarantin. Vid utslussning finns skäl för Kriminalvården att kontakta landstinget tidigare för att planera och samordna kriminalvårdens och landstingets respektive insatser. Normalfallet bör vara att behandlingen

inleds inom kriminalvården efter utredningen som genomförts i samverkan med landstinget och i förekommande fall kommunens socialtjänst. Landstinget ska i dessa situationer likställa den intagne i kriminalvården med andra bosatta i landstinget, även om det återstår en viss tid till frigivningen.

Den förstärkta vårdgarantin innebär en skyldighet för kommunen att upprätta individuell plan inom senast 30 dagar. När det gäller psykosocialt stöd, boende och sysselsättning, som den intagne är i behov av efter avtjänat straff bör kriminalvården senast 30 dagar innan frigivning kontakta socialtjänsten i hemkommunen, för att aktivera den förstärkta vårdgarantin. Vid utslussning finns skäl för kriminalvården att kontakta kommunen tidigare för att planera och samordna kriminalvårdens och kommunens respektive insatser. I dessa fall kan det till exempel handla om att planera deltagande i stödverksamhet, boende och sysselsättning. Kommunen ska i dessa situationer likställa den intagne i kriminalvården med andra som vistas i kommunen, även om det återstår en viss tid till frigivningen.

Utredningen anser att den förstärkta vårdgarantin på detta sätt skapar förutsättningar för en bättre kontinuitet i vården och behandlingen i övergången från kriminalvården till livet i frihet och återanpassning i samhället.

8.4.5 Fördjupad samverkan mellan kriminalvården och landstingen

<p>Utredningens förslag: Landstinget ska ingå avtal med Kriminalvården om vård och behandling av klienter med missbruk eller beroende inom kriminalvården i landstingsområdet.</p>

Behov av fördjupad samverkan

Den vård och behandling som ges inom kriminalvården kan inte betraktas isolerat. Det är i betydande utsträckning samma individer med missbruk eller beroende som rör sig mellan de olika huvudmännen för missbruks- och beroendevården och kriminalvården. För att förhindra återfall i såväl missbruk som brott och för att underlätta den enskildes återanpassning i samhället krävs ofta fortsatta insatser efter det att kriminalvårdens ansvar upphört, till

exempel behandling inom hälso- och sjukvården eller psykosocialt stöd inom socialtjänsten.

Utredningen anser att samverkan mellan kriminalvården och kommunerna och landstingen i egenskap av huvudmän för missbruks- och beroendevården måste förbättras för att skapa fungerande vård- och stödprocesser för personer med missbruk eller beroende.

Landstinget ska ingå avtal med Kriminalvården

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att landstinget ska vara skyldiga att ingå avtal med Kriminalvården om vård och behandling av klienter med missbruk eller beroende inom kriminalvården i landstingsområdet. Detta regleras i 8 § i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

Avtalet bör tydliggöra hur vistelselandstinget kan bistå kriminalvården i länet när det gäller vård och behandling av intagna med missbruk eller beroende, bland annat i samband med vårdvistelse (åtgärder utanför anstalt i slutet av strafftiden för att underlätta återanpassning i samhället) och kontraktsvård och vid långvarig läkemedelsbehandling av beroendetillstånd. Det är också viktigt att skapa förutsättningar för att den vård och behandling som inleds inom ramen för kriminalvården ska kunna fortsätta efter frigivning i det landsting där den intagne är bosatt.

Det kan också vara lämpligt att via avtalet samordna landstingets och kriminalvårdens upphandling av HVB så att av Kriminalvården inledd och betald behandling vid HVB vid behov kan fortsätta efter strafftiden, utan att byta vårdgivare. För kriminalvården blir det också enklare att samverka med 20 landsting jämfört med 290 kommuner.

Det kan också vara lämpligt att avtala om kriminalvårdens behov av hälso- och sjukvård mer generellt. Kriminalvården har, som ovan nämnts, enligt HSL och fängelselagen ett ansvar för att tillgodose intagnas behov av hälso- och sjukvård. Detta kan endera ske genom att kriminalvården bedriver hälso- och sjukvård i egen regi eller att kriminalvården köper vården av landstinget eller annan vårdgivare.

I detta sammanhang bör noteras att det i många fall sannolikt är kostnadseffektivt att bedriva hälso- och sjukvård motsvarande primärvård i anstalt, eftersom det är mycket kostsamt att transportera klienter till vårdinrättningar med kriminalvårdens säkerhets-

krav. Transporter och säkerhet är givetvis ett ansvar för kriminalvården. När det gäller bassjukvård kan det sålunda finnas skäl för landstinget att sluta avtal med kriminalvården om formerna för utförandet.

8.4.6 Auktorisation av behandling vid HVB

Utredningens bedömning: Auktoriseringskravet för hem för vård eller boende (HVB) som bedriver behandling av missbruk eller beroende bör bidra till att säkerställa kvaliteten på den behandling som kriminalvården upphandlar.

Olika kartläggningar har visat att den behandling som ges vid HVB är av mycket olika kvalitet. Ibland är den behandling som ges inte evidensbaserad. Ibland bedrivs den inte på det strukturerade sätt som krävs för att den ska ha avsedd effekt. Ibland tillämpas evidensbaserad behandling på personer med andra missbruks- och beroendetillstånd än de som evidensen avser.

Kriminalvården upphandlar betydande volymer behandling vid HVB. Det har i olika sammanhang uppmärksammats att den behandling som upphandlats i några fall har haft allvarliga kvalitetsbrister.

Utredningen har i kapitel 6 föreslagit att det ska införas ett krav på att den behandling av missbruk eller beroende som bedrivs vid HVB ska vara auktoriserad. Auktorisationen ställer metodologiska, kompetensmässiga och etiska krav på vårdgivaren.

Utredningen bedömer att det kravet på auktorisation bör bidra till att förbättra kvaliteten på den behandling som bedrivs vid HVB, vilket indirekt bör bidra till att förbättra kvaliteten på den behandling som kriminalvården upphandlar.

9 Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen

9.1 Underlätta bibehållen anställning

Utredningens bedömning: De regler som styr arbetsgivarens ansvar bör inte utvidgas, utan regelefterlevnaden bör underlättas genom att arbetsgivaren får hjälp i sitt förebyggande arbete.

9.1.1 Kommunen ska bistå arbetsgivarna med information och råd

Utredningens förslag: Kommunen ska bistå arbetsgivarna inom kommunen med information och råd i missbruksfrågor. Uppgiften ska regleras i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

Många personer med missbruksproblem i olika stadier finns i arbetslivet. Arbetsgivaren har en central roll för sina anställdas arbetsmiljö och rehabilitering, oavsett om den eventuella arbetsoförmågan och rehabiliteringsbehovet är arbetsrelaterad eller beror på exempelvis missbruk eller beroende. Olika studier på senare år visar emellertid att arbetsgivarna ofta brister i sitt ansvar. En förklaring som nämnts är att ansvaret är stort men otydligt och att kunskapen om vad rehabiliteringsansvaret innebär varierar bland arbetsgivarna. Arbetsgivare på framför allt mindre arbetsplatser med liten erfarenhet av rehabilitering och utan tillgång till Företagshälsovård, har generellt sämre förutsättningar att klara av sitt ansvar än större arbetsplatser som i högre grad har tillgång till

tjänster från Företagshälsovården (Socialförsäkringsutredningen 2006).

Missbruksutredningens erfarenhet är att arbetsgivarnas kunskapsbrister blir tydliga när det handlar om anställdas missbruksproblem. Det är exempelvis inte ovanligt att det finns missuppfattningar om hur långtgående ansvaret är. Vissa arbetsgivare tror att de är skyldiga att betala för den anställdes behandlingshemsvistelse trots att detta hittills betraktats som en social rehabiliteringsinsats som framför allt ingår i socialtjänstens ansvar. Dessa missuppfattningar kan medföra att arbetsgivare på mindre företag med små ekonomiska möjligheter väljer att inte se tecken på begynnande missbruk hos en anställd. En annan sak är att exempelvis en kostnad för behandlingshemsvistelse snabbt kan löna sig för en arbetsgivare, oavsett ekonomiska förutsättningar. Kostnaden är dessutom avdragsgill i företagets självdeklaration. För de allra flesta arbetsgivare måste det ur ekonomisk synvinkel vara fördelaktigare att rehabilitera tillbaka en anställd än att anställa och introducera ny personal.

Missbruksutredningens utgångspunkt är att tillgång till arbete är viktigt för de allra flesta människor i arbetsför ålder, oavsett om de har missbruksproblem eller inte. Tillgång till ett arbete ger inte bara ett egenvärde i sig utan bidrar också till att förebygga och fördröja missbruks- och andra problem som den enskilde kan ha. För personer med missbruksproblem är dessutom arbetsplatsen en central arena eftersom det där finns unika möjligheter att tidigt upptäcka tecken på begynnande missbruk. Om problemen uppmärksammas och stöd kan ges på arbetsplatsen, ökar många gånger förutsättningarna för den enskilde att få den vård och det stöd som han eller hon behöver.

Arbetet i sig är vidare den bästa rehabiliteringsinsatsen för den som behöver rehabilitering för att komma åter i arbete. Reglerna som styr arbetsgivarens ansvar bör därför i största möjliga mån underlätta för personer med missbruk eller beroende att dels komma in på arbetsmarknaden, dels vara kvar på arbetsplatsen. För att inte motverka dessa syften bör arbetsgivarens ansvar inte utvidgas. Däremot behövs åtgärder som underlättar för arbetsgivaren att uppfylla sitt ansvar.

En central fråga för att underlätta arbetsgivarnas ansvar är att de får hjälp i sitt förebyggande arbete. Missbruksutredningen anser att kommunen, som inom socialtjänsten redan har ansvaret för bland annat rådgivning och psykosocialt stöd, även bör bistå arbetsgivare

inom kommunen med information och råd när det gäller missbruksproblem på arbetsplatsen. En bestämmelse om detta bör införas i den nya lagen om missbruks- och beroendevård som utredningen föreslår.

Behovet av stöd kan givetvis variera beroende på kommunens storlek och resurser i förhållande till arten och mångfalden av arbetsplatser inom kommunen. Praktiskt kan uppgiften lösas på olika sätt. Ett sätt är att kommunen har en utåtriktad verksamhet för att informera arbetsgivarna om missbruksrelaterade frågor. Kommunen kan också bistå praktiskt för att studiecirkelgrupper eller kamratstöd bland de anställda kommer till stånd. Ett annat sätt är att kommunen ställer sin kompetens till förfogande när mindre företag eller arbetsgivare vill upprätta en drogpolicy på arbetsplatsen, om inte detta stöd löses via eventuell ansluten Företagshälsovård eller annat sätt. En fungerande drogpolicy är ett effektivt redskap för arbetsplatsens arbete med missbruksfrågor. Policyn underlättar inte bara det förebyggande arbetet utan tydliggör också för alla anställda och chefer vilka åtgärder som ska vidtas om en anställd uppvisar tecken på missbruksproblem.

9.1.2 Förebyggande och tidiga insatser via Företagshälsovården

Utredningens bedömning: För att stimulera förebyggande och tidiga insatser på arbetsplatserna bör arbetsgivarna i högre utsträckning använda företagshälsovårdens tjänster.

Företagshälsovården bör exempelvis bistå arbetsgivaren med att ta fram och implementera en drogpolicy på arbetsplatsen, screena för riskbruk vid regelbundna hälsosamtal samt vid behov ta emot frisk- och sjukanmälan från anställda.

Insatserna bör kopplas till regeringens satsningar inom ramen för förordningen (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet.

Arbetsplatsen är den arena där tecken på missbruksproblem hos en anställd visar sig tidigt i form av exempelvis sämre arbetsprestation, ökad frånvaro och arbetsolyckor. Som framgått finns det därför på arbetsplatsen unika möjligheter att se tecken på begynnande missbruksproblem. Trots detta saknas det incitament i regelverket för

arbetsgivaren att arbeta med förebyggande och tidiga insatser. Enligt utredningens mening kan en arbetsgivare, som inte kan eller vill se kopplingen mellan tilltagande misskötsamheten och missbruksproblem, vara passiv utan några direkta konsekvenser. Först när misskötsamheten har blivit påtaglig kanske rehabiliteringsinsatser sätts in, men då har rehabiliteringspotentialen försämrats betydligt. I förlängningen kan det medföra att inget annat återstår än att säga upp den enskilde. För att undvika sådana scenarier anser utredningen att det är viktigt att stimulera till insatser för att både förebygga och minimera de negativa konsekvenserna av missbruk eller beroende på arbetsplatsen. En framkomlig och effektiv väg i detta sammanhang är att företagen i större utsträckning använder sig av tjänster från Företagshälsovården.

Enligt bestämmelser i Arbetsmiljöverkets föreskrifter ska arbetsgivaren ha policy och rutiner kring arbetet med alkohol och andra droger på arbetsplatsen. Missbruksutredningens erfarenhet är emellertid att det finns stora brister i denna del på framför allt mindre arbetsplatser. En effektiv och förebyggande insats är därför att Företagshälsovården hjälper arbetsgivaren att ta fram och implementera en fungerande drogpolicy på arbetsplatsen. Företagshälsovården kan med sin kompetens bistå arbetsgivaren att utarbeta en sådan policy utifrån den specifika arbetsplatsens behov. Som tidigare framgått ska även kommunen beakta arbetsgivarens behov av information och råd i denna del.

Ytterligare en effektiv förebyggande insats är att Företagshälsovården regelmässigt i samband med hälsokontroller erbjuder anställda strukturerad screening av riskbruk samt rådgivning. Syftet är att uppmärksamma riskabel konsumtion av alkohol. Att det görs i samband med sedvanliga hälsokontroller minimerar risken för stigmatisering av enskilda personer. En annan fördel är att Företagshälsovården har en neutral position och har det som en naturlig roll att arbeta med hälsofrågor. Den enskilde anställde kan därför uppleva det som lättare att diskutera sina eventuella missbruksproblem med personal från Företagshälsovården än med sin arbetsgivare. Utredningen har i kapitel 2 närmare utvecklat detta förslag och dess finansiering.

En annan insats som kan vara positiv ur förebyggande syfte är att de anställda gör sjuk- och friskänmälan direkt till Företagshälsovården. Företagshälsovården kan då få en tidig signal – ibland i kombination med annan befintlig och sekretesskyddad information – att allt inte står rätt till. Därmed ges det möjlighet att ringa upp

den anställde efter några dagars sjukskrivning och erbjuda kontakt och rådgivning. En sådan här möjlighet att överlämna sjuk- och frisknämälan till Företagshälsovården förutsätter givetvis att det är praktiskt och administrativt möjligt för företaget, vilket troligen kommer medföra att den i första hand blir aktuell för mindre företag.

Frågan är hur en ökad satsning på förebyggande och tidiga insatser via Företagshälsovården ska tillämpas i praktiken. Företagshälsovården har i Sverige genomgått genomgripande förändringar under de senaste decennierna och har också utretts vid ett flertal tillfällen. Anslutningsgraden till Företagshälsovården minskade efter det att statsbidraget tagits bort i början av 1990-talet men är fortfarande förhållandevis hög. I dag har drygt 70 procent av alla anställda tillgång till Företagshälsovård i någon form. Innehållet kan dock variera kraftigt från enstaka tjänster till mer omfattande program. Den högsta anslutningen har offentligt anställda där majoriteten av alla anställda är anslutna. Den lägsta anslutningen finns i mindre företag med få anställda. Det innebär att det inte är självklart för framför allt mindre företag att vara anslutna till Företagshälsovården.

Från och med den 1 januari 2010 subventionerar staten tidiga insatser från Företagshälsovården genom statligt stöd. Enligt förordningen (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet, subventioneras vissa läkarbesök, medicinska undersökningar och åtgärder för att underlätta återgång i arbete som genomförs av Företagshälsovården. Förutsättning för bidrag är bland annat att anordnaren av Företagshälsovård har godkänts av Försäkringskassan. I avsnitt 2.4. föreslår utredningen att den förordade tidiga identifieringen av problem i form av riskbruk och missbruk eller genom screening m.m. via företagshälsovård stimuleras genom visst statligt stöd och därmed kopplar till denna förordning.

9.2 Statens arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Utredningens bedömning: Personer med missbruk eller beroende har sämre tillgänglighet till de generella arbetsmarknadspolitiska åtgärderna än många andra grupper. De särskilda åtgärderna förefaller samtidigt nå en allt mindre del av målgruppen.

Staten bör därför utveckla fler särskilda arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med missbruk eller beroende och andra grupper av personer med jämförbar problematik.

Denna fråga bör prövas i den översyn som regeringen aviserat ska göras av de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna.

9.2.1 Bristande tillgänglighet

Personer med missbruk eller beroende är av allt att döma över-representerad bland arbetslösa och andelen växer. Samtidigt är arbete viktigt såväl för att förebygga som för att komma från missbruk.

Staten ansvarar för arbetsmarknadspolitiken. De arbetsmarknadspolitiska åtgärderna är dels utformade som generella system som gäller lika för alla personer som är arbetslösa; dels särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Personer med missbruk och beroende som har nedsatt arbetsförmåga omfattas av de särskilda insatserna. Arbetsmarknadspolitiken har utvecklats i riktning mot mer generella åtgärder, medan de särskilda insatserna i vissa delar minskat (jfr kapitel 22).

I samband med utredningens olika kartläggningar, besök i kommuner och landsting samt kontakter med brukarorganisationer har det framkommit att personer med missbruk eller beroende i praktiken har begränsad tillgång till statens olika arbetsmarknadspolitiska åtgärder, både de generella och de särskilda.

Utifrån statistiken är det svårt att utläsa förändringar över tid av antalet anställningar för målgruppen eftersom missbruk inte har en egen kod i Arbetsförmedlingens klassificering av personer med funktionsnedsättning. Missbruk ingår i koderna för socialmedicinskt eller psykiskt handikapp. Det förekommer också att arbetslösa inte uppger missbruk i kontakten med Arbetsförmedlingen.

Utredningens samlade bedömning är att personer med missbruk och beroende har särskilt svårt att komma in på arbetsmarknaden och att de i praktiken har sämre tillgång till de generella arbetsmarknadsåtgärderna än många andra grupper. Samtidigt har de särskilda insatserna som vänder sig till målgruppen minskat över tid. Det gäller närmast offentligt skyddat arbete (OSA), men även anställning med lönebidrag samt anvisat arbete eller anställning inom Samhall.

9.2.2 Fler särskilda insatser för personer med missbruk eller beroende

Utredningen anser mot denna bakgrund att staten i högre grad bör prioritera särskilda arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med missbruk eller beroende och andra grupper av personer med jämförbar problematik.

Utredningen förordar att frågan om särskilda åtgärder prövas i den översyn som regeringen har aviserat i 2011 års budgetproposition ska göras av de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna och insatserna för personer med funktionsnedsättning. Målgruppens storlek med 500 000 personer som har beroendeproblem, varav en inte obetydlig andel står utanför arbetslivet, understryker vikten av detta.

Den aviserade översynen bör analysera samspelet mellan de nya generella åtgärderna och de särskilda insatserna, vilket i vissa avseenden framstår som problematiskt. Arbetsgivare förefaller uppleva kombinationen av anordningsbidrag och lönesubventioner i de generella åtgärderna som mer intressant än enbart subvention av lönekostnaderna för personer med missbruksproblem.

Vidare bör översynen pröva om antalet anordnare av OSA kan ökas mot bakgrund av behovet av miljöarbete och underhåll via statliga organ. Det kan också finnas skäl att pröva en modell med arbetsgivaransvar och personalstöd hos Samhall i kombination med att arbetet utförs hos olika företag eller offentliga arbetsgivare, det vill säga en form av bemanningsföretag där staten via Samhall (eller motsvarande nytt företag) står för arbetsgivaransvar och stöd samt en del av lönekostnaden.

Andra sätt att underlätta för arbetsgivare att anställa personer med tidigare missbruk kan vara att Arbetsförmedlingen utrustas med särskilda coacher eller kontaktpersoner som ett stöd för den enskilde och arbetsgivaren, till exempel vid oplanerad frånvaro eller problem i samband med behandling.

Utredningen ser också ett behov av att kartlägga förekomsten av missbruk och beroende bland arbetslösa. Hur vanligt förekommande är arbetslöshet i målgruppen? Hur vanligt är det med arbetslöshet under respektive efter behandling? I detta sammanhang kan det också finnas skäl att pröva om Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans system för att klassificera personer med missbruk eller beroende bör harmoniseras.

9.3 Förändringar inom socialförsäkringen

9.3.1 Utvidgad användning av det särskilda högriskskyddet inom sjukförsäkringen

Utredningens bedömning: Särskilt högriskskydd inom sjukförsäkringen är en underutnyttjad möjlighet för att ekonomiskt underlätta vid sådan sjukfrånvaro som har samband med en redan eller blivande anställds missbruksproblem. Åtgärder bör vidtas för att sprida kunskap och tillämpning av denna möjlighet i sjukförsäkringen för målgruppen.

Det finns inte någon samlad officiell statistik över korttidsfrånvaron i Sverige, men enligt uppgifter från Alna visar olika bedömningar att personer med missbruksproblem har en korttidsfrånvaro som är 2–3 gånger högre än normalt. Situationen på arbetsmarknaden kan därför vara besvärlig för dessa personer, särskilt vid nyanställningar. Arbetsgivare kan tveka att anställa någon om han eller hon misstänker att det finns risk för stor korttidsfrånvaro.

Som framgår av kapitel 28 finns det regler i sjuklönelagen (1991:1047) som är avsedda att skydda personer med stor korttidsfrånvaro. Det allmänna högriskskyddet innebär att en anställd arbetstagare inte får mer än 10 karensdagar under en tolv månadersperiod (6 § andra stycket sjuklönelagen). Därefter måste arbetsgivaren betala sjuklön redan från första dagen. Detta högriskskydd gäller oavsett orsaken till sjukfrånvaron och omfattar således även sådan frånvaro som beror på missbruksproblem.

Det särskilda högriskskyddet syftar till att skydda personer som har en sjukdom eller en funktionsnedsättning som medför många och upprepade sjukperioder (prop. 1990/91:181 s. 51). Reglerna om särskilt högriskskydd finns i 13–16 §§ sjuklönelagen. Försäkringskassan kan besluta om särskilt högriskskydd efter en skriftlig ansökan från den anställde. Ett sådant beslut kan fattas om den sökande har en sjukdom som antas medföra ett större antal sjukperioder (mer än tio) eller medföra risk för en eller flera längre sjukperioder (minst 28 dagar i följd) under ett år. Beslutet om särskilt högriskskydd innebär att arbetstagaren får sin ersättning för karensdagen från arbetsgivaren medan arbetsgivaren i sin tur får sina kostnader för sjuklön och sociala avgifter ersatta av Försäkringskassan.

Utredningen anser att reglerna om särskilt högriskskydd underlättar för personer med missbruksproblem på arbetsmarknaden, eftersom kostnaderna för sjuklön inte belastar det enskilda företaget. Det är dock uppenbart att ytterst få kommer i åtnjutande av denna möjlighet bland personer med missbruksproblem. Enligt förarbetena bör bestämmelserna om särskilt högriskskydd tillämpas restriktivt (prop. 1990/91:181 s. 79). Ett beslut om särskilt högriskskydd förutsätter vidare att den enskilde skriftligen ansöker om detta hos Försäkringskassan. Kunskapen om dessa regler verkar emellertid otillräcklig hos berörda personer.

Den 1 juli 2010 infördes ett generellt högkostnadsskydd som omfattar alla arbetsgivare och som ersatte en tidigare frivillig försäkring mot kostnader för sjuklön. Enligt förarbetena är syftet med bestämmelsen att särskilt de små företagen ska våga anställa fler personer (prop. 2009/10:120). Detta är enligt Missbruksutredningen visserligen ett steg i rätt riktning men inte tillräckligt. Huvudregeln är att ersättningen för sjuklönekostnader betalas ut kalenderårsvis i efterskott, vilket innebär att ersättningen kommer cirka tolv månader efter det att de aktuella sjuklönekostnaderna som tidigast kan ha uppkommit. Endast under vissa förutsättningar är det möjligt att begära ersättning i förskott. Ett beslut om särskilt högriskskydd är för det enskilda företaget mycket effektivare eftersom företaget direkt kan få sina sjuklönekostnader ersatta av Försäkringskassan under den period som beslutet avser. Det skulle underlätta för främst små och ekonomiskt sårbara företag som inte vågar ta samma ekonomiska risk att anställa en person som riskerar stor korttidsfrånvaro på grund av missbruksproblem.

Missbruksutredningen anser att det särskilda högriskskyddet inom sjukförsäkringen inte minst bör gälla sådan sjukfrånvaro som har samband med den anställdes arbetstagares missbruksproblem. Kunskapen om denna möjlighet är dock alltför begränsad såväl bland arbetsgivare som berörda arbetssökande och anställda. Därför ser utredningen fram mot att arbetsmarknadens parter skapar en större medvetenhet om denna möjlighet för att underlätta anställning för en person, som har haft eller har missbruks- eller beroendeproblem. Försäkringskassans handläggare bör också mer aktivt informera om denna möjlighet när någon som varit sjukskrivnen med missbruksproblem som anställd eller arbetslös närmar sig arbetsmarknaden igen. Nedan föreslår utredningen att den som är sjukskrivnen mer än 60 dagar ska erbjudas en utredning av eventuellt missbruk. För att en sådan utredning ska bli meningsfull

behövs att olika stödinsatser kan erbjudas den som konstateras ha ett beroende. Det handlar givetvis om behandlingsinsatser men också om att trygghetssystemen stöder den som vill ta tag i sitt beroende. Tydliga riktlinjer för särskilt högriskskydd vid beroendediagnoser kan då vara ett sätt.

9.3.2 Ersättning till den som saknar SGI

Utredningens förslag: Personer med en beroendediagnos ska om de saknar rätt till en SGI få möjlighet till en ny ersättning, kallad *särskild rehabiliteringspenning*, när de deltar i en behandling mot sitt beroende.

Utredningens bedömning: Kommittén om hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet (dir. 2010:48) bör få regeringens uppdrag att inom ramen för sitt pågående arbete närmare pröva utformningen och avgränsningen av den särskilda rehabiliteringspenningen.

Som framgår av kapitel 28 är en förutsättning för att få sjukpenning eller rehabiliteringsersättning att personen har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Vissa vuxna i arbetsför ålder saknar SGI:

- Det handlar om unga personer som uppburit aktivitetsersättning fram till dess de fyller 30 år och som inte uppfyller de nya kraven för att få permanent sjukersättning men inte heller kan gå ut i arbetslivet.
- Det handlar också om personer som inte haft något arbete som kan ligga till grund för en SGI och som haft tidsbegränsad sjukersättning med grundbeloppet.
- Det handlar vidare om personer som inte anmäler sig till arbetsförmedlingen när de förbrukat sina dagar med sjukpenning och inte har något arbete att gå tillbaka till.

Personer med missbruksproblem kan antas vara överrepresenterade i samtliga dessa grupper. Eftersom reglerna inom sjukförsäkringen ändrats under senare år och den tidsbegränsade sjukersättningen successivt upphör, torde problemet med personer som är nollklassade (saknar sjukpenninggrundande inkomst) att öka.

För personer med beroendeproblematik är motivation avgörande för att en behandling ska bli framgångsrik och det är viktigt att individen får en tydlig drivkraft för att gå in i en behandling. Om man varken får rätt till ersättning i form av ekonomiskt bistånd från kommunen eller sjukpenning från Försäkringskassan, kan det vara svårt att motivera till en behandling. Ett fortsatt och ökande missbruk innebär dessutom en risk för att den enskilde för sin försörjning utnyttjar anhöriga eller kommer in i kriminell verksamhet. Bortsett från mänskliga katastrofer leder uteblivet försök till behandling till mångdubbelt högre samhällsekonomiska kostnader

För personer med en beroendediagnos och som saknar rätt till en SIG, bör därför möjligheten prövas att införa en rätt till *särskild rehabiliteringspenning* när han eller hon deltar i en behandling mot sitt beroende.

Det finns flera skäl till detta:

1. En möjlighet till ersättning under behandlingstiden ger en drivkraft för den enskilde att ta upp frågan om sitt missbruk vid läkarbesök vilket kan leda till att adekvata insatser sätts in tidigt.
2. Övervältringen av kostnadsansvaret på kommunen för sjuka personer minskar och kommunen stimuleras att se till att den som har ett missbruk får vård eftersom individerna under behandlingen får ersättning från Försäkringskassan.
3. Det är viktigt att ersättningen till individen vid all arbetsförmåga som bottenar i sjukdom ersätts från sjukförsäkringen.
4. Behandlingskvaliteten bör öka genom att endast behandling hos godkända utövare ska ge rätt till ersättning.
5. Försörjningsstöd och dess beräkningsgrunder involverar den sökandes övriga hushåll på ett sätt som utredningen tycker stämmer dåligt med det egna ansvar som det är viktigt att individen får känna.

En förutsättning för rätt till särskild rehabiliteringspenning bör, utöver att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel, vara att individen medverkar till insatser med avsikt att förkorta sjukskrivningstiden. För personer med missbruksproblem förutsätts att planen bygger på behandlingsinsatser från vårdgivare som är auktoriserade eller uppfyller andra kvalitetskrav som gäller för verksamheten i fråga. Särskild rehabiliteringspenning bör lämpligen

utges med grundbeloppet i arbetslivsintroduktionen, för närvarande 159 kronor per dag.

Rätt till dagens rehabiliteringspenning förutsätter enligt lag (SFB 30 kap. 12–13 §) att en rehabiliteringsplan upprättas. I planen ska anges vilka insatser som planeras, vem som har ansvar för olika insatser, tidsplan och kostnader för insatserna. Samma regler bör gälla för den som gör anspråk på särskild rehabiliteringspenning. De tidsgränser och regler i övrigt som gäller för rätt till rehabiliteringspenning bör även tillämpas på särskild rehabiliteringspenning (SFB 31 kap.).

Det kan vara lämpligt att Kommittén om hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet (dir. 2010:48) får i uppdrag av regeringen, att inom ramen för sitt uppdrag närmare pröva utformningen av detta förslag och avgränsningen av målgruppen. I det sammanhanget kan också övervägas om det bör vara en längre karenstid för särskild rehabiliteringspenning, exempelvis 30 dagar, för att på så sätt reservera ersättningen till personer med långvarigt rehabiliteringsbehov.

Kostnaderna för den föreslagna ersättningen bedöms, utan att här redovisa några beräkningar, kraftigt understiga de kostnader som samhället har för missbruk av olika slag.

9.3.3 Få sjukskrivs på grund av beroende

Utredningens förslag: Regeringen anslår 3 miljoner kronor till en forskningsstudie med uppdrag att klarlägga orsakerna till den stora underrapporteringen av arbetsoförmåga orsakad av psykoaktiva substanser.

Utredningens bedömning: Mot bakgrund av vad en sådan studie visar bör Socialstyrelsen och Försäkringskassan överväga vilka åtgärder som lämpligen kan behöva vidtas.

Av kapitel 28 framgår att det verkar finnas en stor diskrepans mellan dem som vårdas inom hälso- och sjukvården för en beroendeproblematik och antalet sjukskrivna med någon av beroendediagnoserna (F10–F19, Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser, under kapitel V i ICD-10, Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar med beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser,

under kapitel V i ICD-10, Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar).

Det finns anledning att få bättre klarhet i frågan varför diagnoserna alkohol- och annat drogberoende så sällan anges som orsak till arbetsförmåga på sjukintygen. Någon forskning kring denna fråga tycks inte finnas i Sverige. Kunskapen menar utredningen behövs dels för att kartlägga det verkliga läget beträffande beroende av psykoaktiva substanser, dels vad som är anledningen till underrapporteringen. Är det för att ämnet är tabubelagt och att läkaren är rädd för att störa patientrelationen eller är de för att man inte vet vad patienten ska erbjudas för behandling? Eller beror det på att läkaren och patienten är osäkra på om diagnosen kommer att bli godkänd som grund för sjukskrivning om sådan behövs under en tid?

Utredningen anser därför att regeringen bör anslå 3 miljoner kronor till en forskningsstudie som dels klarlägger orsakerna till den stora underrapporteringen av arbetsförmåga orsakad av psykoaktiva substanser, dels belyser möjligheterna att följa utvecklingen på området. Uppdraget kan ges till exempelvis FAS direkt, eller efter upphandling till lämpligt forskningsorgan.

Mot bakgrund av vad en sådan studie visar bör Socialstyrelsen och Försäkringskassan överväga vilka åtgärder som lämpligen kan behöva vidtas.

9.3.4 Beroendeproblematik bör bättre framgå i underlag för sjukskrivning

Utredningens förslag: Vid sjukskrivningar som förlängs utöver 60 dagar ska läkaren erbjuda patienten en bedömning av om det föreligger ett beroende av psykoaktiva substanser, såvida inte detta är uppenbart onödigt. En regel om detta ska tas in i Vägledande råd för sjukskrivning som Socialstyrelsen utger på regeringens uppdrag och också tas upp i landstingens lokala vårdprogram för primärvården.

Om missbruk är en viktig del i sjukdomsbilden men detta inte framkommer i det medicinska underlaget till Försäkringskassan, leder det till att rehabiliteringsplaner och rehabiliteringsinsatser missar det verkliga problemet och att resurser inte sätts in på ett

optimalt sätt. Den stora och möjligen ökande underrapporteringen av arbetsoförmåga orsakad av olika former av psykoaktiva substanser (främst alkohol) kan också medföra kostsamma och rentav skadliga prioriteringar för den enskilde.

Samhällets behandlingsresurser för behandling av beroendesjukdomar riskerar också att bli underdimensionerade. Den nuvarande situationen där alkoholens roll uppenbarligen inte beaktas tillräckligt innebär även ett tveksamt eller kanske till och med onödigt utnyttjande av allmänna medel. Sjukgymnastik eller samtalsterapi, som är de rehabiliteringsinsatser som är vanligast förekommande, får knappast någon avgörande effekt på den patient som har ett missbruk som sitt huvudsakliga arbetshinder om de inte är inriktade på bearbeta just ett missbruk eller beroende.

Ytterligare en konsekvens av att beroendetillstånd inte utreds i tillräcklig omfattning kan bli att en person som på grund av ett missbruk av något slag är sjuk och därmed arbetsoförmögen i stället för att begära sjukpenning hos Försäkringskassan hänvisas till socialtjänsten. Det leder i så fall till en ökad kostnad för kommunerna för något som i stället borde ersättas inom socialförsäkringen, åtminstone för dem som har en SGI.

Utredningen är medveten om att en medicinsk bedömning av patientens eventuella beroende av olika psykoaktiva substanser kan upplevas som integritetskränkande men anser att fördelarna med att kunna bättre värna en patients hälsa och de samhällsekonomiska vinsterna med adekvat behandling överväger.

Utredningen anser därför att en bedömning om patienten har ett beroende av psykoaktiva substanser ska erbjudas patienten efter 60 dagars sjukfrånvaro. Syftet är att tidigt fånga upp missbruksproblem och med patienten diskutera behandlingsbehov och alternativ. Tackar patienten nej till denna, så ska det inte påverka den medicinska bedömningen i övrigt inför utfärdande av läkarintyg och behandling.

Om emellertid denna möjlighet endast kommer att utnyttjas i liten utsträckning, kan det bli anledning att överväga om en sådan bedömning bör göras obligatorisk. Detta skulle då kräva en ändring i socialförsäkringsbalkens regelverk som innebär att rätt till sjukpenning efter dag 60 förutsätter att läkarintyget visar att en sådan utredning gjorts. Missbruksutredningen vill dock nu inte förorda detta utan föreslår en frivillig ordning.

Det bör räcka att frågan tas upp i de Vägledande råd för sjukskrivning som Socialstyrelsen utger på regeringens uppdrag och i landstingens lokala vårdprogram för primärvården.

Utredningen har valt tidsgränsen – efter 60 dagar – eftersom de allra flesta sjukfall avslutas inom de första månaderna och belastningen på sjukvården för denna nya arbetsuppgift inte ska bli betungande. Först när sjukskrivningar förlängs efter denna tid ska en sådan bedömning erbjudas.

I vissa fall kan det anses vara ”uppenbart onödigt” att erbjuda patienten en utredning om missbruk. Utredningen syftar framförallt på de fall då patienten har en mycket allvarlig, kanske livshotande, sjukdom eller där sjukdomsbilden är entydig och det därvid inte har någon avgörande betydelse om ett beroende föreligger eller ej. Man bör dock vara försiktig med undantag från att erbjuda en bedömning dels därför att det finns en mängd sjukdomstillstånd som har en koppling till missbruk, dels därför att ju oftare undantag görs ju större är risken att en utredning kan kännas integritetskränkande eftersom inte ”alla” erbjuds den.

10 Finansiering, genomförande, konsekvenser

10.1 Utgångspunkter

Utredningen har, som framgått ovan, funnit att nuvarande lagstiftning resulterat i betydande skillnader i utbyggnaden av missbruks- och beroendevården mellan enskilda kommuner och landsting. På flera platser saknas ett grundläggande utbud av kunskapsbaserade insatser. På andra platser finns ett grundläggande utbud, men tillgängligheten brister allt för ofta.

Bristerna i vårdens utbyggnad av dessa skäl ska, enligt utredningens mening, i första hand åtgärdas genom att kommunerna och landstingen uppfyller sitt ansvar enligt nuvarande lagstiftning med egna resurser. Utredningen ser det inte som ett alternativ att rikta särskilt statligt stöd till de kommuner och landsting som inte uppfyller sitt ansvar enligt nuvarande lagstiftning. Det skulle vara orättvist i förhållande till de huvudmän som redan finansierat ett grundläggande utbud av kunskapsbaserade insatser.

10.2 Finansiering och genomförande

10.2.1 Tre finansieringsmekanismer

Utredningens förslag om tydligare och i vissa avseenden förändrat ansvar för missbruks- och beroendevård samt vissa andra kvalitetshöjande satsningar föreslås finansieras på tre olika sätt.

- Den mindre överföringen av uppgifter från kommunerna till landstingen som följer av det samlade behandlingsansvaret hos landstinget kan finansieras genom att staten justerar de årliga statliga bidragen till kommunsektorn eller genom en skatte-

växling mellan kommunerna och landstingen. Utredningen föreslår att överföringen finansieras genom en skatteväxling.

- Kommunernas och landstingens utökade åtagande finansieras, enligt den så kallade finansieringsprincipen, genom statliga bidrag till kommunsektorn.
- Det utökade statliga åtagandet finansieras inom ramen för statens budget genom förhöjda anslag till berörda statliga myndigheter.

Samtidigt som förslagen innebär vissa ökade kostnader för staten på kort sikt bedömer utredningen att förslagen lägger grunden till en mer kostnadseffektiv missbruks- och beroendevård och därigenom till minskade kostnader för såväl huvudmännen som samhället i vidare mening på längre sikt.

Kommunernas och landstingens direkta kostnader för vård av missbruk eller beroende har beräknats till cirka 17 miljarder kronor per år. Missbrukets samhällsekonomiska kostnader är enligt utredningens skattningar nio gånger större eller 150 miljarder kronor.

Investeringar i medicinsk och psykosocial behandling av personer med missbruk eller beroende har visat sig vara samhälls-ekonomiskt lönsamma. Olika utvärderingar visar att en krona investerad i behandling ofta ger flera tillbaka i minskade kostnader för såväl vården som samhället i vidare bemärkelse. Utredningen menar att utredningens förslag är en investering som på fem till tio års sikt kommer att resultera i en samhällsekonomisk vinst som ett resultat av bland annat minskad ohälsa, arbetsförmåga och kriminalitet. I konsekvensanalysen nedan redovisas mer utförligt reformens effekter.

10.2.2 Överföring av vissa uppgifter från kommunerna till landstingen

Utredningens förslag: Den överföringen av viss psykosocial behandling i öppen och sluten vård (HVB) från kommunerna till landstingen som följer av förslaget av att samla behandlingsansvaret hos landstingen ska finansieras genom en skatteväxling genom vilken landstingen tillförs finansiella medel för de nya uppgifterna från kommunerna. Skatteväxlingen förhandlas och beslutas länsvis.

Uppgifter som överförs

Utredningen har i avsnitt 3.5 föreslagit att ansvaret för behandling av personer med missbruk eller beroende samlas hos landstinget. Redan i dag ansvarar landstingen för läkemedelsbehandling och andra medicinska insatser för missbruk och beroende, i likhet med andra sjukdomstillstånd. Förslaget att samla behandlingsansvaret hos landstinget innebär att viss psykosocial behandling överförs från kommunerna till landstingen.

För att bedöma skatteväxlingens storlek har de kostnader som kommunerna i dag har för behandling av personer med missbruk eller beroende beräknats. En skatteväxling beslutas av berörda kommuner respektive landsting.

Kommunernas kostnader

Uppgifterna om kommunernas kostnader för olika verksamheter redovisas i de årliga räkenskapsunderlagen. De uppgifter som gäller kommunernas kostnader för vård av personer med missbruk eller beroende återfinns inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg och dess verksamhetsgrenar missbruksvård för vuxna respektive barn- och ungdomsvård.

Missbruksvård vuxna

Kommunernas kostnader för missbruksvård för vuxna (21–64 år) avser i sin helhet missbruks- och beroendevård. År 2009 uppgick kostnaden totalt till 5 536 miljoner kronor och fördelas på insatser i sluten och öppen vård enligt tabellen nedan.

Tabell 10.1 Kommunernas kostnader missbruksvård vuxna 2009, miljoner kronor

Missbruksvård vuxna	Kostnader, mnkr
<i>Sluten vård</i>	2 525
Institutionsvård	2 352
Familjehemsvård	173
<i>Öppen vård</i>	3 011
Individuellt behovsprövade öppna insatser	878
Övriga öppna insatser	732
Bistånd som avser boende	1 399
Totalt	5 536

Källa: Socialstyrelsen.

Utredningens förslag innebär att landstinget ges ett ansvar för rådgivning och behandling medan kommunerna ges ett ansvar för rådgivning, psykosocialt stöd och stöd till boende, sysselsättning och försörjning. Nedan fördelas kommunens kostnader för vård av personer med missbruk eller beroende på behandling respektive rådgivning och psykosocialt stöd.

Behandling

Kommunernas kostnader för behandling återfinns i första hand i posterna institutionsvård samt individuellt behovsprövade öppna insatser.

Institutionsvården omfattar vistelse vid behandlingshem (HVB) eller tvångsvård enligt LVM.¹ I dag finns cirka 300 HVB som uppger att de tar emot personer med missbruk eller beroende. I detta antal ingår 11 hem för tvångsvård enligt LVM. Behandlingsinslagets andel varierar i hög grad mellan olika behandlingshem. Viss institutionsvård motsvarar den behandling som ges i specialiserad sjukvård medan annan institutionsvård i första hand är boende med omvårdnad och mindre inslag av behandling.

¹ I kategorin ska redovisas insatser i form av vård, behandling, arbete, arbetsträning etc. enligt LVM eller SoL i kombination med dygnet runt vistelse, till exempel vid så kallade utredningshem, motivationshem, behandlingshem, arbetskollektiv och andra hem med HVB-tillstånd, eller motsvarande utomlands.

Utredningen anser därför att en viss andel av kommunernas kostnader för institutionsvård inte ska klassificeras som behandling utan som psykosocialt stöd och stöd till boende. Samtidigt är det utredningens uppfattning att de personer som vårdas i institutionsvård normalt har mycket omfattande behov av vård och behandling samt att behandlingen vanligen är mycket integrerad med boendet och omvårdnaden, till exempel i terapeutiska samhällen.

Mot denna bakgrund bedömer utredningen att uppskattningsvis 25 procent av institutionsvården är att betrakta som stöd. Kostnadmässigt är dock andelen lägre eftersom kostnaden för behandling normalt högre än stöd. Utredningen bedömer att 2 000 miljoner kronor av kommunernas kostnader för institutionsvård ska hänföras till behandling och därmed överförs till landstingen.

De individuellt behovsprövade öppna insatserna inkluderar alla insatser i öppen vård biståndsbedömda enligt SoL. Utifrån utredningens definitioner ingår dels behandling och dels stöd. Det är inte möjligt att i statistiken särskilja kommunernas kostnader för behandling respektive stöd.

Utredningen bedömer utifrån kartläggningar av de öppna insatserna i enskilda kommuner och fördelningen mellan kommunala behandlings- respektive stödenheter att cirka 40 procent eller 351 miljoner kronor av kommunernas kostnader för individuellt behovsprövade insatser ska hänföras till behandling och därmed överförs till landstingen.

Rådgivning och stöd

De kostnader kommunerna har för rådgivning och stöd till personer med missbruk eller beroende ingår i första hand i posterna familjehemsvård och individuellt behovsprövade insatser.

Familjehemsvården är en form av sluten vård som i normalfallet saknar inslag av behandling. Det innebär att denna insats ingår i kommunernas ansvar för stöd, och medlen ska kvarstå hos kommunerna. Kostnaden för familjehemsvård uppgick 2009 till 173 miljoner kronor.

De individuellt behovsprövade insatserna inkluderar som ovan noterats dels behandling och dels stöd. Cirka 60 procent eller 527 miljoner kronor av kommunernas kostnader för individuellt behovsprövade insatser bedömer utredningen kan hänföras till stöd och därmed kvarstå hos kommunerna.

Kommunernas kostnader för stöd till boende särredovisas och uppgick 2009 till knappt 1,4 miljarder kronor. Boende ska även framgent vara en uppgift för kommunen, varför inga finansiella medel ska överföras.

I övriga öppna insatser ingår bland annat kommunernas kostnader för alkohol- och drogrådgivning, det vill säga rådgivningsinsatser som inte är biståndsbedömda. Utredningen anser att de avsatta resurserna om 732 miljoner kronor för övriga öppna insatser ska kvarstå hos kommunerna.

Barn- och ungdomsvård

Även delar av barn- och ungdomsvården gäller behandlings- och stödinsatser för personer med missbruk eller beroende. År 2009 uppgick den totala kostnaden för barn- och ungdomsvård till 13 673 miljoner kronor.

Utredningen bedömer, utifrån forskning om missbruk som orsak till behov av vård bland barn och unga, att 30 cirka procent av barn och ungdomsvården adresserar vårdbehov på grund av missbruk. Det kan gälla barn och ungdomar med eget missbruk eller som lever i familjer med missbruksproblem. Utifrån denna information uppskattas kommunernas kostnader för vård av barn och unga med missbruksproblem 2009 till 4102 miljoner kronor.

Tabell 10.2 Kostnader barn- och ungdomsvård

Barn- och ungdomsvård	Kostnader, mnkr
<i>Sluten vård</i>	9 501
Institutionsvård	4 666
Familjehem	4 385
<i>Öppen vård</i>	4 622
Öppna insatser	4 622
Totalt	13 673
Varav missbruksvård	4 102

Behandling och psykosocialt stöd

Utredningen bedömer att huvuddelen av kommunernas barn- och ungdomsvård avser psykosocialt stöd i slutet och öppen vård. Att tyngdpunkten ligger på stöd indikeras bland annat av familjehemsvårdens jämförelsevis stora andel av de totala vårdkostnaderna. Den behandling som ges fokuserar ofta bredare sociala problem i vilka missbruk endast utgör en del. Specifik behandling av olika missbruks- och beroendetillstånd är ovanlig, men förekommer, till exempel i form av haschavvänjningsprogram.

Mot denna bakgrund, samt kommunernas särskilda ansvar för barn- och ungdomsvård enligt SoL, anser utredningen att medlen för barn- och ungdomsvård i sin helhet ska kvarstå hos kommunerna.

Stora lokala och regionala variationer

Utredningens analys visar att det finns stora variationer i arbetsfördelningen mellan olika landsting och kommuner. Detta avspeglas också i kommunernas kostnader per invånare (se tabellen nedan).

Mediankommunens kostnader uppgick 2009 till 710 kronor per invånare. För den kommun som hade högst respektive lägst kostnader uppgick dessa till 2 092 respektive 45 kronor per invånare. Det finns också stora skillnader i användningen av slutet respektive öppen vård.

Tabell 10.3 Kommunernas kostnader missbruksvård vuxna, miljoner kronor

	Totalt	Kronor/invånare	Institutionsvård	Öppna insatser
Medelvärde	19	780	8	10
Max	773	2 092	460	423
90:e percentilen	32	1 261	15	18
3:e kvartilen	15	988	7	7
Median	6	710	3	3
1:a kvartilen	3	523	2	1
10:e percentilen	2	352	1	0
Min	0	45	0	0

Vidare varierar kommunernas kostnader regionalt, även om kommuner med höga respektive låga kostnader tenderar att jämna ut kommunernas totala kostnader inom ett landstingsområde (se tabellen nedan).

Tabell 10.4 Kommunernas kostnader per län

Landstingsområde	Kostnad, mnkr	Kronor/invånare
Stockholms län	1 353	818
Uppsala län	161	808
Södermanlands län	154	872
Östergötlands län	281	778
Jönköpings län	193	903
Kronobergs län	78	582
Kalmar län	100	676
Gotlands län	38	1 197
Blekinge län	57	637
Skåne län	749	807
Hallands län	120	743
Västra Götalands län	1 027	757
Värmlands län	127	693
Örebro län	168	867
Västmanlands län	172	882
Dalarnas län	114	686
Gävleborgs län	169	945
Västernorrlands län	130	830
Jämtlands län	67	940
Västerbottens län	147	721
Norrbottens län	115	660

De stora lokala och regionala variationerna i kommunernas kostnader kan enligt utredningens mening inte i någon större utsträckning förklaras av skillnader i vårdbehov eller effektivitet. Istället är de ett resultat av att olika kommuner och landsting definierar ansvaret för och prioriterar resurser till missbruks- och beroendevård på påtagligt olika sätt.

Skatteväxlingens storlek

För staten är överföringen av uppgifter från kommunerna till landstingen kostnadsneutral, i den mening att finansiering sker genom skatteväxling inom kommunsektorn. Landstingen tillförs medel för de nya uppgifterna genom att höja skatten medan kommunerna framtas motsvarande medel för de uppgifter som överförs genom att sänka skatten.

Nedan summeras de finansiella medel som enligt räkenskaperna är aktuella att överföra från kommunerna till landstinget.

Tabell 10.5 Överföring av medel från kommuner till landsting, miljoner kronor

	Kvar hos kommunen	Till landstinget
<i>Misbruksvård vuxna</i>		
<i>Sluten vård</i>		
Institutionsvård	352	2 000
Familjehem	173	
<i>Öppen vård</i>		
Individuellt behovsprövade insatser	527	351
Övriga insatser	732	
Bistånd som avser boende	1 399	
<i>Summa</i>	3 183	2 351
<i>Barn och ungdomsvård</i>	4 102	-
Totalt	7 285	2 351

Kommunernas kostnader för psykosocial behandling i sluten och öppen vård uppgick enligt utredningens beräkningar 2009 till 2351 miljoner kronor. Detta motsvarar 250 kronor per invånare eller 14 öre i skatt.

Skatteväxlingen görs i respektive län efter beslut av berörda kommuner och landsting.

10.2.3 Nationell samordnare för missbruks- och beroendevård

Utredningens förslag: En nationell samordnare ska ges i uppdrag att bistå landsting och kommuner i processen med att genomföra skatteväxlingen. Samordnaren ska även bistå huvudmännen vid överföringen av tvångsvården enligt nuvarande LVM från staten till landstingen. Dessutom ska samordnaren koordinera de statliga satsningarna på att utveckla stöd till självhjälp via Internet.

Osäkerhet i beräkningarna

Beräkningarna av de finansiella medel som ska överföras från kommunerna till landstingen ska tolkas med försiktighet eftersom det är svårt att utifrån kommunernas kostnadsstatistik härleda kommunernas faktiska kostnader för behandling av personer med missbruk eller beroende.

Det råder stora variationer i ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting i olika delar av landet. Utredningen har också föreslagit att landsting och kommuner genom överenskommelser kan anpassa ansvarsfördelningen till lokala och regionala förhållanden.

Olika kommuner har olika vårdideologier. Detta innebär att det nationella antagandet om att 40 procent av de öppna insatserna är behandling, inte behöver stämma i enskilda kommuner eller landsting.

Även erfarenheterna från tidigare skatteväxlingar, till exempel ädelreformen och psykiatrireformen, visar att det är mycket svårt eller omöjligt att utifrån statistiska uppgifter beräkna skatteväxlingens storlek.

Skatteväxlingen måste därför, enligt utredningens mening, förhandlas fram länsvis mellan landstinget och kommunerna.

Nationell samordnare

Utredningen föreslår att en nationell samordnare bör ges i uppdrag att bistå landsting och kommuner i processen med att genomföra skatteväxlingen. Detta i syfte att skynda på processen och skapa en

enhetlig ansvarsfördelning för missbruks- och beroendevården i hela landet.

Den nationella samordnaren bör bland annat bistå kommuner och landsting med att definiera vilken verksamhet som bör överföras, att ta fram regionalt anpassade modeller för hur överföringen av ansvar kan genomföras, samt att beräkna och föreslå hur de finansiella medlen ska fördelas mellan huvudmännen.

Den nationella samordnaren bör också bistå landstingen och kommunerna i utformningen av de samverkansavtal som respektive landsting ska ingå med kommunerna i landstingsområdet.

Dessutom bör den nationella samordnaren bistå landstingen i övertagandet av tvångsvården enligt nuvarande LVM från staten genom Statens institutionsstyrelse. I synnerhet bör samordnaren bistå i hanteringen av de personal- och lokalmässiga konsekvenserna av reformen. Utgångspunkten bör vara att den personal som i dag arbetar inom LVM-vården i möjligaste mån erbjuds arbete inom den nya LPT-vården.

Som framgår närmare i kapitel 2 föreslås att samordnaren även bör ges i uppdrag att samordna utvecklingen av Internet-baserat stöd till självhjälp.

Utredningen anser att den nationella samordnaren bör bedriva sitt arbete under två års tid. Till sitt förfogande bör samordnaren ha en utredningssekreterare. Kostnaderna för lön och resor beräknas uppgå till 2 miljoner kronor per år och totalt 4 miljoner kronor.

10.2.4 Kommunalekonomisk utjämning

Utredningens bedömning: Kostnadsutjämningen för individ- och familjeomsorg inom systemet för kommunalekonomisk utjämning bör ses över efter att beslut fattats om att överföra kommunernas ansvar för behandling av personer med missbruk eller beroende till landstingen.

För att kompensera för strukturella skillnader och skapa likvärdiga finansiella förutsättningar för kommuner och landsting i hela landet finns ett system för kommunalekonomisk utjämning. Systemet består dels av en inkomstutjämning och dels av en kostnadsutjämning. Inom kostnadsutjämningen finns en särskild

modell för övrig individ- och familjeomsorg, vilken till stor del hanterar kommunernas kostnader för missbruksvård för vuxna.

Utredningens förslag att samla ansvaret för behandling av personer med missbruk eller beroende hos landstingen kan ha konsekvenser för hur väl modellen återger kommunernas kostnader.

Mot denna bakgrund anser utredningen att systemet för kommunalekonomisk utjämning bör ses över med avseende på kostnadsutjämningen för övrig individ- och familjeomsorg i syfte att skapa likvärdiga förutsättningar för kommunerna i hela landet att bedriva missbruks- och beroendevård. Den föreslagna översynen förutsätter att beslut fattats om skatteväxlingen.

Utredningen har i denna del också haft samråd med 2008 års utjämningskommitté som har i uppdrag att se över och i flera avseende ta ställning till behovet av att förändra systemet för kommunalekonomisk utjämning.

10.2.5 Utökad åtagande för kommunsektorn

Utredningens förslag innebär i vissa avseenden ett utökad offentligt åtagande för kommuner och landsting. Enligt den så kallade finansieringsprincipen ska staten kompensera kommuner och landsting för ambitionshöjningar för befintliga uppgifter eller införande av nya uppgifter.

Utredningen anser att förslagen inte innebär några egentliga nya uppgifter för kommuner och landsting, utan i första hand är förtydliganden av huvudmännens ansvar enligt nuvarande lagstiftning samt i några avseenden ambitionshöjningar. Nedan redovisas de förslag som utredningen anser innebär ett utökad åtagande för kommuner och landsting.

Finansieringsprincipen

Enligt finansieringsprincipen bör inte kommuner och landsting åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa med annat än höjda skatter. Om staten fattar beslut som innebär att den kommunala verksamheten kan bedrivas billi-

gare bör staten på motsvarande sätt minska de statliga bidragen till kommuner och landsting.²

Finansieringsprincipen tillämpas i följande situationer:

- Nya obligatoriska uppgifter för kommunsektorn
- Frivilliga uppgifter blir obligatoriska för kommuner och landsting
- Det kommunala ansvaret för vissa uppgifter tas bort eller avregleras
- Ambitionsnivåer för befintliga kommunala uppgifter förändras
- Regler påverkar kommunernas möjlighet till avgifter eller andra inkomster

I de fall en frivillig uppgift blir obligatorisk ska utgångspunkten vara att regleringen bör avse hela kostnaden, det vill säga även den del som tidigare tillhandahållits av kommunerna på frivillig basis. En bedömning kan emellertid göras från fall till fall om kommunernas befintliga kostnader helt eller delvis ska avräknas kompensationen från staten.

Tidig upptäckt och kort intervention

Kommunerna och landstingen har redan i dag enligt SoL och HSL ett ansvar för förebyggande insatser. I kapitel 2 har utredningen föreslagit en mer detaljerad reglering av detta ansvar. Den nya regleringen innebär i första hand ett förtydligande av kommunernas och landstingens ansvar.

Arbetet med tidig upptäckt och kort intervention sker integrerat inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens olika verksamheter. Att ta upp frågor om alkohol- och drogvanor, screena för riskbruk, missbruk och beroende samt vid behov ge kort rådgivning utgör inte någon ny uppgift, och ska inte behöva innebära något större merarbete.

Dessutom visar den aktuella kunskapen att tidig upptäckt och kort intervention är kostnadseffektivt. De eventuella merkostnaderna för huvudmännen som en följd av att personalen ägnar

² Finansieringsprincipen är inte lagfäst, men har godkänts av riksdagen, och tillämpas sedan 1993. År 1994 beslutade riksdagen om vissa preciseringar vad gäller tillämpningen av finansieringsprincipen.

mer arbetstid åt alkohol- och drogfrågor bör kunna kompenseras genom minskade kostnader för vård och behandling när riskbruk övergår till missbruk och beroende.

Utredningen anser mot denna bakgrund att finansieringsprincipen inte ska tillämpas och att staten i första hand ska kompensera kommuner och landsting för de insatser som krävs för att utbilda personalen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, i första hand inom primärvården, för att arbeta med tidig upptäckt och kort intervention.

Tillnyktringsverksamhet

Utredningen har i avsnitt 3.3 föreslagit att landstinget ska ha ett lagreglerat ansvar för tillnyktringsverksamhet.

Utredningens förslag innebär ett förtydligande av landstingens ansvar för en insats som redan i dag bör erbjudas. Staten har tidigare genom riktade statsbidrag uppmuntrat landstingen att utveckla tillnyktringsverksamheter. I dag har flera landsting någon form av tillnyktringsenhet, men antalet har minskat över tid. Flertalet av enheterna finansieras gemensamt av kommuner och landsting. Den föreslagna skatteväxlingen innebär att landstingen tillförs de medel som kommunerna i dag avsätter för tillnyktringsverksamhet.

Utredningen anser mot denna bakgrund att landstingen inte ytterligare ska kompenseras för utbyggnaden av en infrastruktur för tillnyktringsverksamhet. Det skulle också vara orättvist att finansiera uppbyggnad i landsting utan verksamhet i relation till de landsting som byggt upp utan statliga bidrag.

Däremot anser utredningen att landstingen ska kompenseras för det utökade ansvaret för medicinsk bedömning och övervakning av personer som omhändertas av polisen enligt LOB. Medel motsvarande polisens kostnader bör överföras från staten till landstingen.

Kostnaden för en vistelse vid någon av de befintliga tillnyktringsenheterna är cirka 2 000 kronor. År 2009 förvarades i polisens lokaler drygt 50 000 omhändertagna enligt LOB. Av dessa bedömer utredningen efter samråd med polisen cirka 70 procent är möjliga att förvara inom hälso- och sjukvården, medan övriga 30 procent även framgent måste förvaras hos polisen på grund av att de är för aggressiva och våldsamma eller på annat sätt svårhanter-

liga. I de senare fallen ska landstinget tillhandahålla kompetens för medicinsk bedömning i polisens lokaler till exempel genom sjuksköterska och jourläkare.

Utredningen bedömer att kostnaden för medicinsk bedömning i polisens lokaler är cirka 30 procent av kostanden för vistelse vid tillnyktringsverksamhet, eftersom polisen även framgent står för lokalkostnad och personal för övervakning av dem som förvaras i lokalerna.

Utredningen bedömer att finansieringsprincipen ska tillämpas i den del som avser överföring av uppgifter från polisen och att staten bör lämna ett bidrag om totalt 85 miljoner kronor per år till landstingen.

Internt inom staten bör polisens resurser kunna minskas som en följd av minskade uppgifter. Det bör i särskild ordning bedömas om anslaget till polisen ska reduceras med en mindre summa eftersom polisens kostnad i dag rimligtvis är lägre per omhändertagen individ. I polisens lokaler handlar det i första hand om förvarning, medan det inom hälso- och sjukvården även tillkommer vissa medicinska insatser.

Förstärkt vårdgaranti

Utredningen har i avsnitt 4.2 föreslagit att det ska införas en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende.

Landstingets förstärkta vårdgaranti innebär inte någon ytterligare utvidgning av det samlade behandlingsansvaret som finansieras genom skatteväxling. Däremot innebär den förstärkta vårdgarantin dels ett utökat krav på tvärprofessionell utredning samt att bedömda insatser ska ges inom kortare tid. Det är mycket svårt att närmare beräkna kostnaderna för detta.

Utredningens anser att finansieringsprincipen ska tillämpas och att staten ska lämna ett bidrag till landstingen om 200 miljoner kronor per år. Principerna för att fördela detta bidrag mellan landstingen bör bestämmas av regering och riksdag efter samråd med landstingen genom SKL.

Kommunens förstärkta vårdgaranti innebär inte någon ny uppgift. Inte heller bör tidsgränsen om 30 dagar innebära någon ambitionshöjning jämfört med nuvarande bestämmelser i SoL om att utredning ska inledas utan dröjsmål.

Utredningen anser att finansieringsprincipen inte ska tillämpas och att den förstärkta vårdgarantin när det gäller socialtjänsten endast innebär ett förtydligande av den nuvarande lagstiftningens intentioner om hög tillgänglighet. Det är en intention som flera kommuner i dag tyvärr inte lever upp till. Därmed ska staten inte heller kompensera kommunerna finansiellt.

Vård för barn och ungdomar med missbruk

Utredningen har i avsnitt 5.3 föreslagit att staten genom ett statligt bidrag ska främja utvecklingen av för kommunen och landstinget gemensamma verksamheter för barn och ungdomar med missbruk eller beroende.

Det statliga bidraget ska utgå för utveckling av gemensamma verksamheter, inte för löpande drift av verksamheten. Utifrån ett antagande om att det bör utvecklas basverksamheter på ett åttiotal platser i landet och en specialiserad verksamhet per landsting och att bidraget till en enhet är mellan 2 och 4 miljoner kronor uppgår det statliga bidraget till kommunsektorn till totalt 250 miljoner kronor.

Kvalitetsregister

Utredningen har i avsnitt 6.1.2 föreslagit en vidareutveckling av kvalitetsregistren inom missbruksområdet, särskilt Svenskt Beroenderegister (SBR), genom ett statligt prestationsbidrag till landstingen.

SBR har redan en infrastruktur, men täckningsgraden är låg. För att höja täckningsgraden förslås att ett treårigt statligt bidrag om 10 miljoner kronor per år som fördelas mellan landstingen efter prestation.

Vidare bör staten avsätta 5 miljoner kronor per år för att fortbilda berörd personal inom varje sjukvårdsområde att rapportera till och analysera data från registret. Detta sker lämpligen genom regionala utbildningssamordnare.

Den totala kostnaden för staten för uppgår sålunda till 15 miljoner kronor per år under tre år eller totalt 45 miljoner kronor.

Kompetenscentrum läkemedelsberoende

Utredningen har i avsnitt 6.3.3 föreslagit att det ska inrättas ett nationellt kompetenscentrum om läkemedelsberoende. Kompetenscentret bör placeras vid ett av landets universitetssjukhus.

Kompetensen vid centret bör vara tvärprofessionell och omfatta läkare med specialistkompetens inom psykiatri respektive klinisk farmakologi samt sjuksköterska, psykolog och socionom.

Staten bör under en inledande period tillskjuta särskilda medel för kompetenscentrets uppbyggnad. De statliga medlen ska finansiera det forsknings- och utvecklingsarbete samt den kunskaps-spridning, bland annat rådgivning till andra vårdgivare och webb-information, som ska bedrivas till förmån för vården i hela landet. Landstinget ska finansiera den kliniska vård- och behandlingsverksamheten för landstingets patienter. Utgångspunkten är att den personal som finansieras i genomsnitt ska arbeta en tredjedel av tiden med klinisk verksamhet och två tredjedelar av tiden med forskning och utveckling samt kunskaps-spridning.

Utredningen bedömer att staten för ett nationellt kompetenscentrum för behandling av läkemedelsberoende bör tillskjuta 12 miljoner kronor per år under en inledande femårsperiod eller totalt 60 miljoner kronor.

Den kompetens och statliga finansiering som utredningen anvisar utgör en bas. Det är givetvis möjligt för det landsting som blir värd för det nationella kompetenscentret att knyta ytterligare personal till kompetenscentret. Finansiering av ytterligare personal är ett ansvar för landstinget.

Kompetenscentrum dopningsmedelsmissbruk

Utredningen har i avsnitt 6.3.4 föreslagit att det ska inrättas ett nationellt kompetenscentrum om dopningsmedelsmissbruk. Kompetenscentret bör placeras vid ett av landets universitetssjukhus.

Kompetensen vid centret bör vara tvärprofessionell och omfatta läkare med specialistkompetens inom psykiatri respektive endokrinologi samt sjuksköterska, psykolog och socionom.

Staten bör under en inledande period tillskjuta särskilda medel för kompetenscentrets uppbyggnad. De statliga medlen ska finansiera det forsknings- och utvecklingsarbete samt den kunskaps-spridning, bland annat rådgivning till andra vårdgivare och webb-

information, som ska bedrivas till förmån för vården i hela landet. Landstinget ska finansiera den kliniska vård- och behandlingsverksamheten för landstingets patienter. Utgångspunkten är att den personal som finansieras i genomsnitt ska arbeta en tredjedel av tiden med klinisk verksamhet och två tredjedelar av tiden med forskning och utveckling samt kunskapsspridning.

Utredningen bedömer att staten för ett nationellt kompetenscentrum för behandling av dopningsmedelsmissbruk bör tillskjuta 10 miljoner kronor per år under en inledande femårsperiod eller totalt 50 miljoner kronor.

Den kompetens och statliga finansiering som utredningen anvisar utgör en bas. Det är givetvis möjligt för det landsting som blir värd för det nationella kompetenscentret att knyta ytterligare personal till kompetenscentret. Finansiering av ytterligare personal är ett ansvar för landstinget.

Tvångsvård enligt LVM

Utredningen har i kapitel 7 föreslagit att ansvaret för tvångsvården enligt LVM ska överföras från kommunerna och staten till landstingen.

Tvångsvården av personer med missbruk eller beroende enligt LVM finansieras till cirka 70 procent av kommunala avgifter och 30 procent av statliga anslag. År 2009 uppgick kostnaderna till cirka 600 miljoner kronor.

Kommunernas kostnader för tvångsvård enligt LVM ingår i kostnaderna för behandling i form av institutionsvård som överförs från kommunerna till landstingen genom skatteväxling.

Utredningen anser att finansieringsprincipen är tillämplig när det gäller statens ansvar för tvångsvården enligt LVM och att staten ska lämna ett bidrag med 180 miljoner kronor per år till landstingen. Bidraget är inte en ny utgift för staten, utan en överföring av befintliga anslag till landstinget.

10.2.6 Nya statliga uppgifter

Utbildning för primärvårdsläkare

I kapitel 2 har utredningen förslagit en treårig fortbildning om tidig upptäckt och kort intervention för läkare inom primärvården.

Utredningen bedömer att det är lämpligt med en utbildning om två till tre dagar. Den bör vara kostnadsfri och dimensioneras för cirka 3 000 primärvårdsläkare. Staten bör finansiera kursutveckling, föreläsare, administration och lokaler. Arbetsgivarna bör stå för deltagarnas arbetstid och resor. För att minimera resor och arbetstid bör utbildningen organiseras regionalt.

Staten bör avsätta 10 miljoner kronor för fortbildningssatsningen. Medlen bör tillföras Socialstyrelsens anslag.

Prestationsbidrag och fortbildning för företagshälsovården

I kapitel 2 har utredningen föreslagit att företagshälsovårdens arbete med tidig upptäckt och kort intervention bör vidareutvecklas inom ramen för de hälsofrämjande och rehabiliterande insatserna för arbetstagare.

Detta bör ske genom att det befintliga statliga bidraget till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet även ska utgå till anordnare av företagshälsovård som bedriver systematiskt arbete med tidig upptäckt och kort intervention.

För varje genomförd screening av alkohol- och drogvvanor och kort intervention vid riskbruk, missbruk eller beroende bör utgå en ersättning om 200 kronor till godkända utförare av företagshälsovård. Antalet insatser kan antas uppgå till 50 000 per år.

Statens kostnad blir totalt 10 miljoner kronor per år. Denna kostnad föreslås belasta det befintliga statliga bidraget för att utveckla företagshälsovården, som ännu inte kommit att användas i någon större utsträckning.

Därutöver föreslår utredningen att det genomförs en ettårig fortbildningssatsning i form av en utbildning om två till tre dagar i tidig upptäckt och kort intervention för personal inom företagshälsovården. Utbildningen bör vara kostnadsfri och dimensioneras för 500 personer. Staten bör finansiera kursutveckling, föreläsare, administration och lokaler. Arbetsgivarna bör stå för deltagarnas arbetstid och resor.

Staten bör avsätta 2 miljoner kronor för fortbildningssatsningen. Medlen bör tillföras Socialstyrelsens anslag.

Fortbildning för elevhälsan

I kapitel 2 har utredningen föreslagit att elevhälsans arbete med tidig upptäckt och kort intervention bör utvecklas som en del av det hälsofrämjande insatserna för eleverna i skolan.

Staten bör finansiera fortbildning för personal inom elevhälsan i form av en kortare kurs i tidig upptäckt och kort intervention. Utbildningen bör vara kostnadsfri och dimensioneras för totalt 1 000 personer under en treårsperiod. Arbetsgivaren bör stå för kostnaderna för deltagarnas arbetstid och resor. Utbildningssatsningen bör pågå under två år.

Staten bör avsätta totalt 4 miljoner kronor för utbildningssatsningen, vilken lämpligen finansieras genom det befintliga statliga bidraget till skolhuvudmännen.

Stöd till självhjälp och Internet

Utredningen har i kapitel 2 föreslagit att stödet till självhjälp via Internet och telefon ska utvecklas. För att utveckla stöd till självhjälp för personer med missbruk eller beroende av narkotika, och förbättra samordningen med stöd till självhjälp för personer med andra former av missbruk eller beroende, bör staten tillhandahålla ett ettårigt utvecklingsbidrag om 2 miljoner kronor. Utöver dagens årliga driftsbidrag via Folkhälsoinstitutet och direkt från statsbudgeten för stöd till självhjälp vid alkoholproblem och i viss mån dopning bör ett årligt driftsbidrag utgå om 2,5 miljoner kronor. Det innebär att statens kostnad utöver dagens nivå det första året uppgår till 4,5 miljoner kronor och därefter 2,5 miljoner kronor per år.

Register för läkemedelsassisterad behandling

Utredningen har i kapitel 5 föreslagit att det ska inrättas ett nytt register till vilket vårdgivare ska vara skyldiga att rapportera uppgifter om de patienter som genomgår läkemedelsassisterad behand-

ling vid opiat- och opioidberoende. Socialstyrelsen ska ansvara för att utveckla och administrera registret.

Utredningen anser att 1 miljon kronor ska tillföras Socialstyrelsens anslag under ett budgetår för utveckla registret.

Auktorisering och valfrihetsdatabas

Utredningen har i kapitel 6 föreslagit att det ska införas krav på auktorisering av behandling som bedrivs vid HVB och i kapitel 4 att det ska inrättas en nationell valfrihetsdatabas.

Införandet av auktorisering och inrättandet av en valfrihetsdatabas kommer att medföra vissa kostnader för den ansvariga myndigheten.

Utredningen bedömer att utvecklingskostnaderna uppgår till cirka 2 miljoner kronor. Dessa medel bör tillföras Socialstyrelsen. Kostnaderna för den löpande administration bör finansieras inom befintligt anslag.

Fördjupad epidemiologisk studie

Utredningen har i kapitel 6 föreslagit att Socialstyrelsen ska ges i uppgift att genomföra en nationell fördjupad epidemiologisk studie av missbruk (skadligt bruk) och beroende av alkohol och andra droger samt samsjuklighet med psykisk sjukdom i den svenska befolkningen. Undersökningen bygger lämpligen på standardiserade intervjuer utifrån diagnostiska kriterier enligt förebild från bland annat Nederländerna, Norge och USA.

Intervjustudien bör omfatta 5000 individer. För att genomföra undersökningen bedömer utredningen att det behövs 50 intervjuare med särskild utbildning. Varje intervjuare behöver utbildas en vecka. Kostnaden för att förbereda och genomföra utbildningen med tre lärare under en månad, samt för att delta en vecka per intervjuare uppgår till cirka 1 miljon kronor.

Utredningen bedömer att det krävs totalt cirka 10 årsarbetskrafter för att genomföra 5 000 intervjuer. Kostnaden för detta arbete, inklusive lokaler och resor, beräknas uppgå till cirka 10 miljoner kronor.

För att leda och genomföra studien krävs en forskningsledare och för att analysera materialet ytterligare en forskare samt en

statistiker på heltid under tre år. Därtill behövs administrativa resurser i form av en assistent. Kostnaden för projektledning och analys beräknas till cirka 12 miljoner kronor.

Den totala kostnaden för den fördjupade epidemiologiska undersökningen beräknas därmed uppå till 23 miljoner kronor. Resurserna bör fördelas över tre år med 15, 4 respektive 4 miljoner kronor. Summan bör tillföras Socialstyrelsens förvaltningsanslag för detta ändamål.

Nationellt forskningsinstitut

Utredningen har i kapitel 6 föreslagit att det ska inrättas ett nationellt institut med uppgift att bedriva forskning och sprida kunskap om behandling för personer med missbruk eller beroende.

Institutet ska samla medicinsk, psykologisk och socialvetenskaplig vetenskaplig expertis och den forskning som bedrivs ska vara tvärvetenskaplig. Institutet ska placeras i anslutning till ett universitet eller en högskola med betydande forskning inom missbruksområdet.

Staten föreslås tillhandahålla basfinansiering av verksamheten under en åttaårsperiod. Den statliga basfinansieringen bör täcka kostnaden för tre forskningsledare (professorer), tre doktorander, föreståndare, viss gästforskning, informatör, lokaler och administrativt stöd.

Institutet bör successivt byggas upp enligt en åttaårig plan med en inledande volym det första året om 4 miljoner kronor och full volym det fjärde året om 11 miljoner kronor. För åttaårsperioden blir den totala kostnaden 74 miljoner kronor.

Något eller några år efter det att forskningsinstitutets verksamhet bedrivits med full volym bör verksamheten utvärderas och frågan om finansiering ånyo prövas. Med verksamhetsstart 2013 sker utvärderingen lämpligen 2018, det vill säga efter tre år med full verksamhetsvolym.

Två nationella forskarskolor

Utredningen har i kapitel 6 föreslagit att det ska inrättas två nationella forskarskolor inom missbruksområdet i syfte att rekrytera fler forskare. Den ena skolan ska fokusera medicinsk och

psykosocial behandling. Den andra ska fokusera riskbruk, tidig upptäckt och kort intervention.

Forskarskolorna ska vara en gemensam nationell resurs, men ledas från ett universitet med framstående forskning inom området, och vara öppna för forskarstuderande inom olika relevanta discipliner.

Staten ska tillhandahålla basfinansiering för de två nationella forskarskolorna under en femårsperiod. Finansieringen bör täcka kostnader för administrativ samordning, kursutveckling, föreläsare, lokaler och resor för deltagande forskare samt två doktorandtjänster.

Utifrån dessa antaganden och kostnaden för andra nationella forskarskolor beräknar utredningen att det för femårsperioden bör avsättas 35 miljoner kronor för de två forskarskolorna. Medlen bör tillföras FAS anslag för en utlysning inom vilken intresserade lärosäten kan ansöka.

Utbildning för baspersonal

Utredningen har i kapitel 6 föreslagit att det bör inrättas två nationellt normerade yrkesutbildningar för baspersonal inom missbruks- och beroendevården. Den ena utbildningen bör vara grundläggande och omfatta sex månaders studier och rikta sig till de i dag yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården som saknar formell utbildning. Den andra utbildningen bör vara fördjupande, omfatta två års studier och leda till kvalificerad yrkesexamen, samt främst rikta sig till dem som vill börja arbeta inom missbruks- och beroendevården.

Det är utredningens bedömning att utbildningarna kan finansieras inom ramen för nuvarande anslag till yrkeshögskolan. Utifrån ett antagande om att det etableras 5 grundläggande utbildningar och 5 fördjupande utbildningar med vardera 50 platser och att kostnaden per årsplats är knappt 60 000 kronor (den genomsnittliga årskostnaden för kvalificerade yrkesutbildningar) beräknas den totala kostnaden för staten bli 36 miljoner kronor.

Utredningen menar att det inte behöver anslås någon särskild finansiering för denna utbildningssatsning, utan att den bör hante- ras inom ramen för den ordinarie finansieringen av yrkeshögskoleutbildning.

Yrkesspecifika specialistutbildningar

Utredningen har i kapitel 6 föreslagit att de universitet och högskolor som bedriver grundutbildning av psykologer, sjuksköterskor och socionomer bör stimuleras till att utveckla specialistutbildningar med inriktning mot missbruks- och beroendevård för dessa yrkesgrupper.

Utredningen bedömer att det i ett första steg kan vara lämpligt att utveckla nämnda yrkesspecifika specialistutbildningar vid ett tiotal universitet och högskolor. Det statliga bidraget bör i första hand avse utveckling av program och kurser samt eventuellt insatser för rekrytering av studenter.

Utredningen bedömer att det är lämpligt med ett stimulansbidrag om 1 miljon kronor per utbildning. Staten bör sålunda reservera totalt 10 miljoner kronor för satsningen. Medlen bör utlysas och fördelas av Höskoleverket efter samråd med Socialstyrelsen. Intresserade universitet och högskolor ansöker till Höskoleverket.

Omställningskostnader tvångsvården

I kapitel 7 har utredningen föreslagit att ansvaret för att bedriva tvångsvård enligt nuvarande LVM ska överföras från kommunerna och staten till landstingen. Detta kommer att medföra vissa omställningskostnader.

Mellan 600 och 700 årsarbetskrafter vid Statens institutionsstyrelse torde vara direkt berörda av en tvångsvårdsreform, och som i möjligaste mån bör erbjudas möjlighet till övergång till landstinget. Vidare bedrivs tvångsvården enligt LVM i specialanpassade lokaler, vilka Statens institutionsstyrelse hyr med långa kontraktstider.

Utredningen anser att totalt 25 miljoner kronor ska avsättas, fördelat på två år, för att kompensera för de personal- och lokalmässiga omställningskostnaderna som kan uppkomma vid överföringen av nuvarande LVM-vård till landstinget. Den nationella samordnaren bör besluta om medlens användning efter samråd med ledningen för Statens institutionsstyrelse.

Utredningen har också föreslagit en treårig fortbildnings-satsning för att öka kompetensen hos den nuvarande personalen

inom den psykiatriska vården om behandling av missbruk och beroende.

Utgångspunkten är att staten bekostar utveckling och genomförande av utbildningen medan arbetsgivarna bekostar resor, löner och andra omkostnader.

Staten bör avsätta 10 miljoner kronor per år under en treårsperiod eller totalt 30 miljoner kronor för fortbildningssatsningen.

Särskild rehabiliteringspenning

Utredningen har i kapitel 9 föreslagit att personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och deltar i rehabiliteringsinsatser mot missbruk eller beroende i syfte att förkorta sjukskrivningstiden ska kunna erhålla en särskild rehabiliteringspenning.

Frågan om en särskild rehabiliteringspenning föreslås prövas av Kommittén om hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet, varför utredningen inte har beräknats förslagets kostnader.

Forskningsstudie socialförsäkringen och missbruk

Utredningen har i kapitel 9 föreslagit att staten ska avsätta 3 miljoner kronor till en forskningsstudie med syfte att kartlägga orsakerna till den underrapportering som förefaller ske av arbetsoförmåga på grund av missbruk eller beroende. Studien bör upphandlas av lämpligt forskningsorgan.

10.2.7 Summering

Överföringen av uppgifter mellan kommuner och landsting finansieras genom skatteväxling, vilket är kostnadsneutralt för staten. Resursmässigt motsvarar det en överföring om 2 351 miljoner kronor per år, vilken finansieras genom att landstingen höjer skatten och att kommunerna sänker skatten i motsvarande grad. Det motsvarar 250 kronor per invånare eller 14 öre i skatt. Skatteväxlingen måste förhandlas och beslutas lokalt och regionalt.

Tabell 10.6 Förslagets finansiering

Verksamhet	Kostnad miljoner kronor				
	År				
	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Överföring från kommunerna till landstingen, finansierad genom skatteväxling</i>					
Viss psykosocial behandling	2 351	Tillsvidare från 2013, per år			
<i>Överföring från staten till landstingen</i>					
Tillyktringsverksamhet	85	Tillsvidare från 2013, per år			
Tvångsvård enligt LVM	180	Tillsvidare från 2013, per år			
<i>Utökat åtagande för kommunsektorn, finansierat genom statliga bidrag</i>					
Förstärkt vårdgaranti	200	Tillsvidare från 2013, per år			
Barn- och ungdomsmottagningar	100	150			
Kompetenscentrum läkemedel	12	12	12	12	12
Kompetenscentrum dopning	10	10	10	10	10
Kvalitetsregister	15	15	15		
<i>Nya statliga uppgifter finansierat inom statbudgeten genom anslag</i>					
Nationell samordnare	2	2			
Fortbildning primärvårdsläkare	3	4	3		
Företagshälsovården utbildning	2				
Företagshälsovården ersättning	10				
Elevhälsan utbildning	2	2			
Stöd till självhjälp	4,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Register LARO	1				
Auktorisering och databas	2				
Fördjupad epidemiologisk studie	15	4	4		
Nationellt forskningsinstitut	4	6	9	11	t.o.m. 2020
Forskarskolor	7	7	7	7	7
Utbildning baspersonal	18	18			
Specialistutbildningar	10				
Omställningskostnader LVM	10	15			
Fortbildning LPT	10	10	10		
Forskning socialförsäkringen	3				

Det utökade åtagandet för kommunsektorn finansieras genom statliga bidrag. Förslagen innebär ökade statliga bidrag, tillsvidare om totalt 465 miljoner kronor per år. Internt inom statsbudgeten

är 265 miljoner kronor redan tillgängliga. Därtill kommer tidsbegränsade riktade statliga bidrag för den närmaste femårsperioden om per år 137, 187, 37, 22 respektive 22 miljoner kronor.

De nya statliga uppgifterna finansieras inom ramen för statsbudgeten genom anslag till berörda myndigheter. Kostnaden för de tidsbegränsade uppgifterna uppgår under en femårsperiod till 103,5, 70,5, 35,5, 20,5, och 20, 5 miljoner kronor per år.

De överföringar av resurser från kommunerna till landstingen respektive de statliga bidragen som är förknippade med det förändrade ansvaret för missbruks- och beroendevården ska ske från och med att den nya lagstiftningen träder i kraft den 1 januari 2013.

De tidsbegränsade satsningarna som dels gäller utökat åtagande för kommunsektorn respektive nya statliga uppgifter inleds från och med 2013. De kan i många fall ses som förberedelser för ansvarsreformen, inte minst gäller detta de olika insatserna för bättre kunskap och högre kompetens. Kostnaderna för staten är högst de två första åren, 2013 och 2014, för att sedan successivt minska under femårsperioden fram till och med 2017.

10.3 Konsekvenser

10.3.1 Kommittéförordningen

I 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474) föreskrivs att konsekvenserna av förslagen i ett betänkandet ska redovisas. Detta gäller ekonomiska konsekvenser för staten, landstingen och kommunerna, företag och andra enskilda, samt samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt. Vidare gäller detta konsekvenser för den kommunala självstyrelsen, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag, jämställdheten mellan kvinnor och män samt för möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen.

10.3.2 Ekonomiska konsekvenser

Utredningens förslag har begränsade ekonomiska konsekvenser för staten, landstingen och kommunerna i form av nya åtaganden jämfört med dagens kostnader för missbruks- och beroendevården. Förslagen har större konsekvenser i form av skatteväxling. De ekonomiska konsekvenserna och finansieringen har redovisats ovan.

Minskade skatteintäkter för kommunerna, ökade för landstingen

Utredningens förslag att samla behandlingsansvaret hos landstinget innebär att ansvaret för viss psykosocial behandling överförs från kommunerna. Finansiellt hanteras detta genom en skatteväxling. För staten är denna omfördelning inom kommunsektorn kostnadsneutral.

Utökat åtagande för kommunsektorn

Utredningens förslag innebär också ett utökat åtagande för kommunsektorn, i första hand för landstingen i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården.

Landstingens ansvar för tillnyktringsverksamhet lagregleras, vilket även inkluderar ett utökat ansvar för medicinsk bedömning och övervakning av personer som omhändertas av polisen enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer mm. För det senare kompenseras landstingen med ett statligt bidrag om 85 miljoner kronor per år.

Det införs en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende i syfte att förbättra tillgängligheten till behandling i specialiserad vård. Vårdgarantin ställer större krav på landstingen att tillhandahålla resurser för tvärprofessionell utredning och behandling i specialiserad vård. För detta kompenseras landstinget med ett statligt bidrag om 200 miljoner kronor per år.

Från staten överförs till landstingen ansvaret för tvångsvård enligt LVM. För detta kompenseras landstingen dels genom nämnda skatteväxling och dels genom att de statliga anslaget till Statens institutionsstyrelse överförs till landstingen. År 2010 uppgick anslaget till 180 miljoner kronor.

Utredningen föreslår också ett antal tidsbegränsande insatser som innebär ett utökat, frivilligt åtagande för kommunsektorn i syfte att främja en mer kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård, bland annat i form av en särskild satsning på barn och ungdomar, satsningar på nationella kvalitetsregister och kompetenscentrum för behandling av missbruk och beroende av läkemedel respektive dopningsmedel. För detta kompenseras kommunerna och landstingen med statliga bidrag.

Nya statliga uppgifter

Utredningen föreslår också ett antal nya statliga uppgifter i syfte att främja en mer kunskapsbaserad vård. Det handlar i första hand om olika tidsbegränsade satsningar på forskning och utveckling samt utbildning. Dessa satsningar finansieras inom ramen för statsbudgeten genom ökade anslag till berörda myndigheter.

Kostnader för företagen

Utredningens förslag att införa ett krav på auktorisation för behandlingen som bedrivs vid HVB som bedriver behandling, i syfte att säkerställa behandlingsinsatsernas kvalitet, kan innebära vissa mindre merkostnader för vårdgivarna. Samtidigt bidrar auktoriseringen till att skapa konkurrensneutralitet mellan privata och offentliga utförare och därigenom underlätta en mångfald av utförare.

Det finns i dag cirka 300 HVB som tar emot personer med missbruksproblem och enligt tillgängliga kartläggningar bedrivs cirka 80 procent av alla HVB av enskilda, det vill säga av endera företag eller ideella organisationer.

Kostnaden för auktorisering är beroende dels av hur många behandlingar som ett HVB erbjuder och evidensläget. För de HVB som erbjuder få behandlingar och behandlingar som har dokumenterad evidens, till exempel tolvstegsbehandling vid alkoholberoende som har evidens enligt de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, blir kostnaden för auktorisering låg. Omvänt blir kostnaden något högre för ett HVB som erbjuder många behandlingar och behandlingar vars effekt ännu inte är vetenskapligt dokumenterad.

Utifrån antaganden om att ett HVB i genomsnitt erbjuder en behandling och att kostnaden för att auktorisera en behandling som har evidens enligt de nationella riktlinjerna uppgår till 50 000 kronor, blir den totala kostnaden 12 miljoner kronor. Därtill kommer vissa kostnader för att uppdatera befintliga auktoriseringar och ansöka om auktorisering för eventuella nya behandlingar.

Kraven på auktorisering gäller lika för offentliga och privata utförare, vilket innebär att alla belastas lika av kostnaden. Den eventuella merkostnaden för verksamhetsutövaren kan också kompenseras genom ett marginellt högre pris för köparen av behandling, till exempel landstinget och kriminalvården

Effektivare vård och besparingar för huvudmän och samhälle

Utredningen bedömer att de föreslagna investeringarna i den svenska missbruks- och beroendevården kommer att vara lönsamma för såväl kommunerna och landstingen som samhället i vid bemärkelse.

Besparingar för kommuner och landsting

Förslagen att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar och införa förstärkta krav på samverkan skapar bättre förutsättningar för en sammanhållen vård- och stödprocess. I dag förekommer det allt för ofta att en huvudmans insats inte efterföljs av nödvändiga insatser av en annan huvudman, varvid den första insatsen förlorar i effekt.

Det samlade behandlingsansvaret skapar också bättre förutsättningar för behandling vid samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och samtidig psykisk eller somatisk sjukdom.

Förslagen att utveckla arbetet med tidig upptäckt och kort intervention kommer på sikt att leda till minskade kostnader för kommuner och landsting genom att i högre grad förhindra att riskbruk övergår i mer etablerade och vårdkrävande former av missbruk eller beroende.

Förslaget att samla behandlingsansvaret hos landstinget gör det möjligt att använda de mest kostnadseffektiva insatserna. Det är utredningens uppfattning att kommunerna i dag använder HVB och tvångsvård enligt LVM i omotiverat hög utsträckning på grund

av att de inte har tillgång till medicinsk och psykosocial behandling i öppen vård.

Överföringen av ansvaret för att bedriva tvångsvård av personer med missbruk eller beroende från staten till landstingen skapar förutsättningar för en mer effektiv vård, bland annat genom en mer sammanhållen vård- och stödprocess, kortare vårdtider och att kostsam sluten vård ersätts med mindre kostsam öppen vård.

Det är givetvis svårt att närmare beräkna hur stora effektiviseringar som förslagen leder till. I dag (2009) uppgår kommunernas och landstingens direkta kostnader för vård av personer med missbruk eller beroende till cirka 17 miljarder kronor per år. I tabellen nedan presenteras några olika scenarier.

Tabell 10.7 Besparing för kommuner och landsting

Kostnader i dag, mdkr	Effektivisering, procent	Besparing, mnkr per år
17	5	850
17	10	1 700
17	15	2 550
17	20	3 400

Utredningen bedömer att förslagen åtminstone gör det möjligt att effektivisera vården med minst 5 procent på några års sikt. Detta innebär en besparing om 850 miljoner kronor per år för kommuner och landsting. Det är medel som kan och bör återinvesteras i vården av personer med missbruk eller beroende till exempel i arbetet med tidig upptäckt och intervention.

Besparingar för samhället

Samhällets kostnader för missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel uppgår till 150 mdr, vilket är nio gånger mer än kommunernas och landstingens kostnader för vården. De stora kostnaderna för samhället av missbruk följer av ohälsa, arbetsoförmåga och kriminalitet.

Utredningens samhällsekonomiska beräkningar, vilka redovisas i utredningens forskningsbilaga (SOU 2011:6), visar att behandling är samhällsekonomiskt lönsam, även när det krävs mycket omfattande behandlingsinsatser. Detta förutsätter givetvis att de insatser som ges har dokumenterad effekt.

Mest lönsamma är tidiga insatser som förhindrar att riskbruk övergår i mer etablerade former av missbruk och beroende, till exempel kort rådgivning vid begynnande alkoholproblem. Men även mer omfattande insatser i ett senare skede kan ha god avkastning. Nedan följer ett par exempel.

För en kvinna, 20 år, med aktivt heroinmissbruk uppgår den samhällsekonomiska kostnaden till cirka 10 miljoner kronor. Vårdkostnaden för vanliga insatskombinationer varierar mellan 300 000 och 2,6 miljoner kronor. Om insatsen är effektiv mot missbruket kan besparingen bli cirka 2 miljoner kronor. Om insatsen dessutom gör det möjligt för personen att återgå i arbete kan besparingen bli 6 miljoner kronor.

För en man, 30 år, med aktivt tungt alkoholmissbruk uppgår den samhällsekonomiska kostnaden till cirka 7 miljoner kronor. Vårdkostnaden för vanliga insatskombinationer varierar mellan 23 000 och 400 000. Om insatsen är effektiv mot missbruket kan besparingen bli 3 miljoner kronor. Om insatsen dessutom gör det möjligt för personen att återgå i arbete kan besparingen bli 6 miljoner kronor.

Aktuella utvärderingar av kriminalvårdens påverkansprogram för klienter med missbruk eller beroende visar också att besparingen för samhället är mellan tre och åtta gånger större än vårdkostnaden.

Det står sålunda klart att investeringar i missbruks- och beroendevård kan vara samhällsekonomiskt mycket lönsamma.

Det är givetvis svårt att närmare beräkna hur stora samhällsekonomiska besparingar som förslagen leder till. Nedan presenteras några olika scenarier.

Tabell 10.8 Besparing för samhället

Kostnader i dag, mdkr	Effektivisering, procent	Besparing, mdkr per år
150	5	7,5
150	10	15
150	15	22,5
150	20	30

Utredningen uppskattar att förslagen gör det möjligt att på fem till tio års sikt minska samhällets kostnader för missbruk och beroende med i storleksordningen 5–8 miljarder kronor.

10.3.3 Den kommunala självstyrelsen

Utredningens förslag innebär ett klagörande av kommunernas och landstingens ansvar genom mer detaljerad lagstiftning. I 14 kap. 3 § regeringsformen sägs att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Av förarbetena framgår vidare att denna proportionalitetsprincip ska användas vid den prövning som regelmässigt ska ske av lagförslag.

Tydligare ansvar genom lagreglering

Den nya lagstiftningen om missbruks- och beroendevården tydliggör kommunernas och landstingens ansvar för de centrala uppgifterna i vård- och stödprocessen: tidig upptäckt och kort intervention, rådgivning, tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, behandling och stöd, samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. När det gäller tidig upptäckt och kort intervention finns också detaljerade bestämmelser om att kommunerna och landstingen ska upprätta program. Vidare syftar den nya lagen till att stärka den enskildes ställning genom bestämmelser om förstärkt vårdgaranti och brukarinflytande.

Den nya lagen medför också förstärkta krav på samverkan mellan kommun och landsting och större möjligheter till att anpassa ansvarsfördelningen utifrån lokala och regionala behov genom bestämmelser om överlåtelse av uppgifter, individuell plan och samarbetsavtal.

Utredningen anser att lagregleringen av kommunernas och landstingens ansvar, och den marginella inskränkning av den kommunala självstyrelsen som detta kan anses innebära, är motiverad av att dagens delade och otydliga ansvar drabbar såväl den enskilde i behov av hjälp som vårdens effektivitet. På individnivån kan ansvarsproblemen leda till att personer i behov av hjälp faller mellan stolarna på grund av att varken kommunen eller landstinget tar ett tydligt ansvar för vården. På systemnivån kan de leda till att viktiga verksamheter inte kommer tillstånd eller att väl fungerande verksamheter avvecklas på grund av att kommunerna och landstingen inte kommer överens om finansieringen.

Problemen har uppmärksammats i olika utredningar sedan SoL och HSL trädde i kraft för nästan 30 år sedan. Olika åtgärder har

också vidtagits, bland annat olika statliga bidrag för att stimulera samverkan och förstärkt tillsyn. Likväl kvarstår det grundläggande problemet. Det är ur perspektivet att andra åtgärdsalternativ redan är uttömda som förslaget till mer detaljerad lagstiftning ska förstås. Vidare ska det noteras att bestämmelserna om överenskommelser och samarbetsavtal ger kommunerna och landstingen en flexibilitet att anpassa ansvarsfördelningen och verksamheten efter lokala och regionala behov.

I detta sammanhang ska också noteras att både kommunerna och landstingen har bejakat en tydligare reglering av ansvaret för missbruks- och beroenden. Detta framkommer bland annat i remissvaren från SKL samt enskilda kommuner och landsting på utredningens diskussionspromemoria *Bättre vård och stöd för individen: Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården*. I samband med utredningens kontakter med företrädare för olika kommuner och landsting har det också blivit tydligt att det finns en frustration över att den nuvarande lagstiftningens otydlighet leder till återkommande tvister mellan huvudmännen om vem som ska ansvara för vad.

Utökat kommunalt ansvar för tvångsvården

Förslagen innebär också en förändring av ansvarsfördelningen mellan stat och kommun när det gäller ansvaret för att bedriva tvångsvård av personer med missbruk eller beroende. Tvångsvården enligt LVM överförs från kommunerna och staten till landstingen. Detta innebär en viss utvidgning av den kommunala kompetensen.

Utredningen ser denna förändring vara motiverad av de allvarliga brister som finns i tvångsvården enligt LVM. Bristerna består bland annat av otillräckligt behandlingsinnehåll, inflexibel form och glapp i övergången från tvångsvård till efterföljande frivillig vård. Därtill finns betydande rättsäkerhetsproblem, vilket illustreras av att tillämpningen av LVM varierar mycket mellan olika kommuner med jämförbara vårdbehov.

Genom att överföra tvångsvården till landstingen och integrera LVM och LPT kan dessa brister åtgärdas.

Stärkt ställning för individen

Förslagen stärker individens ställning gentemot huvudmännen, bland annat genom en förstärkt vårdgaranti och krav på bra bemötande och brukarinflytande. Detta sker genom tydligare skyldigheter för kommunerna och landstingen, inte genom rättigheter för individen som är utkrävbara i domstol.

Utredningen ser förslagen för att stärka individens ställning som motiverade av att personer med missbruk eller beroende har väsentligt sämre tillgång till vård och bemöts på ett sämre sätt än flertalet andra klient- och patientgrupper. Tillgänglighet, bra bemötande och brukarinflytande är viktiga framgångsfaktorer för en effektiv vård. Därtill är det av rättviseskäl viktigt att åtgärda bristerna.

10.3.4 Brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Kriminalitet innebär stora kostnader för samhället. Den direkta kostnaden för hela kriminalvården uppgick 2010 till cirka 7,3 miljarder kronor. Till detta kommer väsentligt större samhälleliga kostnader för sociala, medicinska och psykologiska skadeverkningar.

Mycket kriminalitet är missbruksrelaterad. Minst 70 procent av kriminalvårdens klienter har problem med missbruk eller beroende av narkotika eller andra droger. Missbruk är också en av de vanligaste orsakerna till återfall i brottslighet.

Utredningens förslag bidrar till att skapa bättre möjligheter till ett effektivt brottsförebyggande arbete. Förslagen som syftar till att utveckla arbetet med tidiga insatser och förbättra tillgängligheten till behandling ska bidra till att förhindra att personer utvecklar mer etablerade former av missbruk eller beroende och därigenom minska risken för att de ska begå brott. Tydliggörandet av att landstingets behandlingsansvar även omfattar klienter i kriminalvården, inom ramen för den så kallade normaliseringsprincipen, ska förbättra tillgängligheten till effektiv behandling och därigenom bidra till att färre återfaller i missbruk och kriminalitet efter avtjänat straff.

Ovan nämnda utvärderingar av behandling av klienter med missbruk eller beroende inom kriminalvården indikerar att investe-

ringar i behandling kan ge en tre till åtta gånger högre besparing för samhället.

10.3.5 Sysselsättning och offentlig service i hela landet

Sysselsättning

Utredningen bedömer att förslagen på kort sikt har relativt begränsade konsekvenser för sysselsättningen.

Den totala resursramen för missbruks- och beroendevården ökar som en följd av utredningens förslag. Vidare innebär den nya lagstiftningen att alla kommuner och landsting måste ha grundutbud av behandlings- och stödinsatser, vilket i dag saknas på många platser. I takt med reformens genomförande bör detta leda till ökad sysselsättning, särskilt inom den av landstingen bedriva eller upphandlade vården av personer med missbruk eller beroende.

En påtaglig sysselsättningseffekt följer av överföringen av tvångsvården från kommunerna och staten till landstingen. I dag bedrivs tvångsvård enligt LVM av Statens institutionsstyrelse vid elva institutioner, vilka är geografiskt spridda över landet, och i flera fall lokaliserade i glesbygd. Utgångspunkten är att den berörda personalen i möjligaste mån ska erbjudas övergång till landstinget. Att landstinget övertar ansvaret borgar också för att verksamheten sprids över landet. Det finns också en möjlighet för landstinget att överta driften av enskilda institutioner. I de fall landstinget väljer att inte överta driften av enskilda institutioner är det sannolikt att verksamheten i högre grad koncentreras till sjukhus. Detta kan innebära en viss minskning av antalet arbetstillfällen i glesbygd.

Offentlig service

Utredningens förslag syftar till att skapa förutsättningar för en mer jämlik missbruks- och beroendevård i hela landet, bland annat genom att tydliggöra ansvaret och stärka den finansiella basen för behandling.

I dag är det stora variationer mellan landets 290 kommuner och 20 landsting vad gäller utbudet av vård. Inom vissa områden finns ett diversifierat utbud av kunskapsbaserade insatser medan utbudet

inom andra områden är mycket begränsat. I befolkningsmässigt små kommuner tenderar utbudet att vara särskilt begränsat.

Utredningens förslag att tydliggöra landstingets ansvar för tillnyktringsverksamhet och abstinensvård samt att samla ansvaret för behandling hos landstinget skapar förutsättningar för ett mer likvärdigt utbud. Det regionala befolkningsunderlaget ger en starkare finansiell bas för ett diversifierat utbud av specifika insatser för olika målgrupper.

10.3.6 Konsekvenser för små företag

Utredningens förslag skapar nya möjligheter för företag, bland annat genom att införa utökade möjligheter för att den enskilde ska kunna välja utförare samt att enskilda kontrollorgan ska kunna användas.

Redan i dag har missbruks- och beroendevården relativt stora inslag av privata utförare. Detta gäller i synnerhet den slutna vården. Omkring 80 procent av HVB bedrivs av privata eller ideella utförare.

Införandet av ett krav på auktorisering av behandling vid HVB har konsekvenser för företag i form av en marginell merkostnad om totalt 12 miljoner kronor. Det som motiverar införandet av en auktorisering är behovet av att åtgärda de allvarliga kvalitetsbrister som konstaterats när det gäller behandling vid HVB.

Auktoriseringen bidrar också till att skapa konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata utförare. För offentliga utförare av HVB gäller anmälningsplikt medan det för privata utförare gäller tillståndsplikt. Den föreslagna auktoriseringen ska gälla lika för alla utförare av HVB med behandling, utöver den grundläggande anmälnings- och tillståndsplikten.

Utredningen har under utredningsarbetet haft olika kontakter med privata utförare av HVB. Enligt vad utredningen förstår är många privata utförare positivt inställda till införandet av en auktorisering.

10.3.7 Jämställdhet

Missbruk och beroende är vanligare bland män än kvinnor. Bland dem som vårdas för missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika är cirka 70 procent män och 30 procent kvinnor. Dopningsmedelsmissbruk förekommer i princip uteslutande bland yngre män. Missbruk och beroende av läkemedel förefaller, till skillnad från andra former av missbruk och beroende, vara vanligare bland kvinnor. Det finns också indikationer på att skillnaderna i alkohol- och drogvanor mellan män och kvinnor har minskat över tid, vilket på sikt sannolikt innebär en utjämning av förekomsten av missbruk och beroende och vårdbehov.

Utredningen har analyserat vårdbehoven och tillgången på vård för män och kvinnor med missbruksproblem. Generellt förefaller det inte vara någon skillnad i tillgång på vård.

Utredningens förslag att samla ansvaret för behandling hos landstinget skapar, som nämnts ovan, förutsättningar för ett mer diversifierat utbud av målgruppsspecifika insatser, bland annat för gravida eller våldsutsatta kvinnor. Detta diversifierade utbud är inte rimligt eller möjligt att tillhandahålla av kommuner med ett litet befolkningsunderlag.

10.3.8 Integration

Utredningen har analyserat vårdbehoven och tillgången på vård för personer med utländsk bakgrund. Kunskapen inom detta område är mycket begränsad. Men likväl står det klart att det finns olika alkohol- och drogvanor i olika kulturer och att det inom vården finns språkliga och kulturella barriärer som måste överkommas för att skapa förutsättningar för ett bra bemötande och en god vård.

Utredningens förslag att samla ansvaret för behandling hos landstinget skapar, som nämnts ovan, förutsättningar för ett mer diversifierat utbud av målgruppsspecifika insatser, bland annat för personer från olika etiska grupper och kulturer. Detta diversifierade utbud är inte rimligt eller möjligt att tillhandahålla av kommuner med ett litet befolkningsunderlag. Förslagen bidrar sålunda positivt till integrationen.

10.3.9 Personlig integritet

Utredningens förslag har som en central utgångspunkt att vården som huvudregel ska vara frivillig för den enskilde i den mening att den formuleras som erbjudanden som den enskilde kan acceptera eller avböja. Tvångsvård eller vård utan samtycke ska endast ske i vissa undantagsfall. Några av utredningens förslag rör den personliga integriteten.

Förslaget om att stimulera utvecklingen av nationella kvalitetsregister syftar till att förbättra vårdens kvalitet. Att registrera uppgifter om enskilda patienter kan inkräkta på den personliga integriteten. Rapportering till nationella kvalitetsregister kan dock inte ske mot patientens vilja.

Förslaget att inrätta ett nationellt vårdregister för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende till vilket vårdgivare ska vara skyldiga att rapportera vissa uppgifter om patienten och behandlingen innebär ett visst intrång i den personliga integriteten. Detta intrång motiveras dock, enligt utredningens mening, av att det med läkemedelsassisterad behandling med metadon och buprenorfin kan följa vissa negativa konsekvenser för det omgivande samhället, främst i form av läckage eller diversion från programmen.

Utredningen har också efter en framställan av Justitiedepartementet prövat lämpligheten av att införa en sekretessbrytande regel som ska göra det möjligt att vid misstanke om trafikonykterhetsbrott, oberoende av den enskildes samtycke, överföra information från polisen till socialtjänsten. Det är utredningen uppfattning att en sådan sekretessbrytande regel inte ska införas.

11 Författningskommentar

11.1 Förslaget till lag om missbruks- och beroendevård

Som framgår av avsnitt 3.10 har utredningen stannat för att föreslå att de nya bestämmelser som närmare ska reglera ansvaret för missbruks- och beroendevården ska ges i en särskild lag. Lag om missbruks- och beroendevård (LMB) föreslås komplettera bestämmelserna om landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) och om kommunernas ansvar för socialtjänsten i socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

Mål och tillämpningsområde

1 §

Av *första stycket* framgår att lagen vänder sig till både landstingen och kommunerna som huvudmän för olika delar av missbruks- och beroendevården. I SoL är kommunerna ensamma huvudmän, medan HSL främst vänder sig till landstingen.

Med uttrycket *särskilda ansvar* markeras att lagens bestämmelser i viss utsträckning går längre än vad som nu gäller enligt huvudlagarna SoL och HSL. Hit hör särskilt bestämmelserna i 6 § om tidiga insatser, i 9 § om en förstärkt vårdgaranti och i 12 § om auktorisation. Därtill kommer att lagen definierar missbruks- och beroendevården i 3 § på ett sätt som saknar motsvarighet i SoL och HSL.

Missbruks- och beroendevården är i lagen ett samlingsbegrepp för insatser för människor som har problem med missbruk eller beroende eller riskabelt bruk. Som framgår av andra meningen gäller lagen i tillämpliga delar också missbruks- och beroendevård

som bedrivs av annan huvudman. Exempel på det är verksamheter inom ”den tredje sektorn” (ideella föreningar, brukar/anhörig-rörelsen, idéburen sektor) liksom övrig privat verksamhet, om man arbetar på uppdrag av landsting eller kommun. Staten bedriver också viss missbruks- och beroendevård genom Kriminalvårdens behandlingsverksamhet och Statens Institutionsstyrelse. I tillämpliga delar gäller lagen även sådan vård. Statens Institutionsstyrelses uppgifter inom tvångsvården av vuxna människor med missbruksproblem kommer dock att upphöra om utredningens förslag att integrera all vård utan samtycke i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) genomförs.

I *andra stycket* hänvisas till att huvudbestämmelserna om socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns i SoL respektive HSL. I *tredje stycket* erinras om att bestämmelser om vård utan samtycke ges i LPT. Vidare erinras om att den som är under 20 år kan ges vård utan samtycke enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

2 §

I paragrafen anges tre mål för lagen. Det ena är att lägga fast eller tydliggöra ansvarsfördelningen mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst och sjukvård. Det andra målet är att göra insatserna inom de olika vårdområdena tillgängliga för den enskilde, dvs. ge föreskrifter som gör att den enskilde inte bara mera i teorin *har* tillgång utan också rent konkret *får* tillgång till de insatser som behövs. Som ett tredje mål anges att stärka den enskildes ställning. Bestämmelserna i följande paragrafer om upprättande av individuell plan, förstärkt vårdgaranti och anmälan om missnöje är exempel på detta, liksom mera indirekt bestämmelserna om kvalitet och kompetens inom missbruks- och beroendevården.

3 §

Första stycket anger syftet med missbruks- och beroendevårdens insatser, nämligen att erbjuda stöd, vård och behandling till människor som riskerar sin hälsa eller sin sociala situation genom användningen av angivna medel. Med insats avses såväl individuellt

behovsprövade insatser enligt SoL som åtgärd som erbjuds som social serviceåtgärd utan biståndsbeslut eller som åtgärd i hälso- och sjukvården mot bakgrund av medicinsk bedömning.

Uttrycket riskerar sin hälsa eller sociala situation inbegriper givetvis också dem vars användning redan medfört hälsomässiga eller sociala skador.

Insatsernas art beskrivs närmare i följande paragrafer. Begreppet stöd, vård och behandling används för att täcka in alla slag av individinriktade insatser som landsting och kommuner ansvarar för och som kan erbjudas människor med ett riskabelt bruk, missbruk eller beroende och deras närstående. Skadereducerande insatser, t.ex. sprututbyte och anordnande av härbärge/lågtröskelboende, ingår i begreppet.

Behandling avser generellt åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Inom missbruks- och beroendevården avses med behandling systematiska och teoretiskt grundade metoder som används för att hjälpa människor att komma ifrån sitt missbruk eller beroende eller minska de negativa konsekvenserna av ett fortgående bruk.

I avsnitt 3.2 har olika åsyftade medel behandlats. Men det är inte möjligt att räkna upp alla de slag av droger och liknande medel som kan komma i fråga. Här måste konsekvenserna av att inta en viss substans vara avgörande. Det är särskilt fråga om medel som i medicinsk mening kan anses skapa ett beroende. När det gäller läkemedel avses olämplig användning av dessa, inte de biverkningar eller sidoeffekter som även en adekvat läkemedelsanvändning kan medföra.

Användningen av vissa lösningsmedel och andra medel som kan inhaleras kan ha likartade konsekvenser som användningen av de angivna substanserna. De faller därmed också under lagen. Där- emot syftar insatserna enligt lagen om missbruks- och beroende- vård inte på användningen av tobak. Inte heller är lagen tillämplig vid s.k. matmissbruk eller spelmissbruk. Vidare görs i bestäm- melsen inte någon skillnad mellan legala och illegala substanser.

Med hälsa eller sociala situation vill utredningen klargöra att även om inte hälsan är i (omedelbar) fara så kan den enskildes användning av angivna medel vara av ett slag eller en omfattning som allvarligt kan påverka den enskildes och hans närståendes liv negativt.

I *andra stycket* görs klart att insatserna inte bara eller uteslutande ska hjälpa den enskilde själv utan att det också hör till missbruks-

och beroendevårdens uppgifter att stödja närstående till honom eller henne. Detta är då närmast kommunens ansvar och tillhör socialtjänstens uppgifter. Det kan exempelvis vara fråga om gruppverksamhet eller andra insatser för barn med missbrukande föräldrar, enskilt samtalsstöd, kontaktperson eller kontaktfamilj. Stöd till närstående kan behövas även efter det att en person med riskabelt bruk, missbruk eller beroende upphört med den problematiska droganvändningen. Men också landstinget har ett ansvar inom hälso- och sjukvården för närstående. Det kan gälla insatser som avser skyddet av barn till föräldrar med missbruksproblem och även ofödda barn till missbrukande gravida kvinnor.

Här kan också erinras om bestämmelsen i 5 kap. 10 § SoL, enligt vilken socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har en funktionsnedsättning. Enligt 2 g § HSL ska hälso- och sjukvården särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Landstingets ansvar

4 §

Som framgått av avsnitt 3.1 har utredningen stannat för ett fortsatt delat ansvar för missbruks- och beroendevården mellan landstinget och kommunen. En förutsättning har då varit att innehållet i det delade huvudmannskapet ska göras tydligt på flera punkter. I *första stycket* görs nu klart att det på landstingets ansvar faller rådgivning och behandling. Hit hör som framgår av uppräkningsfrämst tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, läkemedelsbehandling och psykosocial behandling. Till de sistnämnda behandlingarna hör exempelvis olika psykoterapeutiska edukativa och motiverande behandlingar med fokus på missbruk och beroende. Men också andra icke angivna behandlingar inom hälso- och sjukvården hör hit. Omvårdnad är ju exempelvis i den slutna vården en viktig del i behandlingen. Det är således viktigt att uppräkningsfrämst inte uppfattas för snävt.

Som framgår av *andra stycket* kan landstinget träffa en överenskommelse med en kommun eller ett annat landsting om att helt

eller delvis utföra vissa av de uppräknade uppgifterna. Av lokaliseringsskäl kan exempelvis uppgiften att svara för tillnyktringsverksamheten i en del av landstingets område bättre eller lättare fullgöras av ett annat landsting. Det kan också handla om rent praktiska skäl när det i en kommun eller i ett annat landsting redan finns en uppbyggd tillnyktrings- eller behandlingsverksamhet. Det är viktigt att exempelvis en uppgift att svara för tillnyktring inte ses som en isolerad verksamhet. Överenskommelsen måste sörja för att behovet av fortsatta behandlingsinsatser till exempel i form av abstinensvård tillgodoses av någon av huvudmännen.

Det är givetvis också möjligt att träffa en sådan överenskommelse med flera kommuner eller landsting eller ett kommunalförbund.

I paragrafen behandlas endast ansvaret för att vissa uppgifter blir fullgjorda. Landstinget kan givetvis här som på andra områden inom hälso- och sjukvården upphandla vissa tjänster av privata vårdgivare.

Kommunens ansvar

5 §

På motsvarande sätt klarläggs i förevarande paragraf kommunens förstahandsansvar inom missbruks- och beroendevården. Som framgår av uppräknningen i *första stycket* ingår rådgivning också i kommunens uppgifter och inte bara i landstingets. Med rådgivning avses bland annat den evidensbaserade insatsen kort intervention (brief intervention). Sådan rådgivning kan ges på olika sätt. Bland annat kan särskilda rådgivningsbyråer vara ett alternativ, liksom familjecentraler och ungdomsmottagningar. Sådana drivs ibland gemensamt av landstinget och kommunen, eller i lokalmässigt samarbete.

Med psykosocialt stöd menas insatser av socialtjänsten som har fokus på missbruk eller beroende men som inte utgör behandling, vilket ju är landstingets uppgift. Insatserna gäller både i öppen verksamhet och i heldygnsverksamhet. Som exempel kan nämnas boende med särskild service och daglig verksamhet för dem som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Det kan avse såväl plats på kommunala stödboenden och andra kollektiva boenden som eget boende i insprängda lägenheter i hyreshus. Det kan gälla

fältassistentverksamhet bland ungdom som missbrukar och det kan gälla åtgärder för att foga in dem i samhällslivet som återkommer efter en vistelse i behandlingshem eller inom kriminalvården. Hit hör också insatser av mer specialiserad karaktär för att svara mot målgruppens behov, som insatser, ibland i samarbete med ideella föreningar, som avser att stärka självkänslan, underlätta social samvaro och kamratstöd, inte sällan i återfallspreventiv syfte. Arbetsrelaterade insatser ingår, liksom en mer generell social träning. Vidare innefattas sociala åtgärder som främst syftar till att reducera skaderiskerna av ett fortsatt missbruk, t.ex. boendearrangemang utan krav på drogfrihet.

Liksom landstingets uppgifter kan utföras av annan öppnas i *andra stycket* en möjlighet för kommunen att träffa en överenskommelse med en annan kommun eller ett landsting om att fullgöra vissa uppgifter. Överenskommelse kan givetvis också träffas med flera kommuner eller kommunalförbund. Ansvaret kan liksom inom hälso- och sjukvården också fullgöras genom att vissa tjänster upphandlas av privata utförare.

Enligt *tredje stycket* hör det till kommunens uppgifter att bistå arbetsgivarna i kommunen med information och råd när det gäller missbruksfrågor. Även om detta redan kan anses tillhöra kommunens uppgifter inom folkhälsoarbetet, har det anses viktigt att i den särskilda lagen om missbruks- och beroendevård uppmärksamma den viktiga roll som kommunen kan ha när det gäller det förebyggande arbetet på arbetsplatserna. Uppgiften kan givetvis fullgöras på olika sätt beroende på kommunens storlek och resurser sett i förhållande till arten och mångfalden av arbetsplatser inom kommunen. Det kan vara fråga om att ställa kompetens till förfogande när arbetsgivaren exempelvis vill upprätta en alkohol- eller drogpolicy på arbetsplatsen, organisera kamratstöd bland de anställda eller arbeta fram handlingsrutiner vid arbetsfrånvaro som kan vara missbruksbetingad. På arbetsplatser som har företagshälsovård av något slag finns kanske redan det stöd som behövs. Den närmare bakgrunden till bestämmelsen framgår av avsnitt 9.1.

Tidiga insatser

6 §

De allmänna motiven till paragrafens bestämmelser om tidig upptäckt och kort intervention framgår av 2 kap. *Första stycket* behandlar landstingets ansvar inom hälso- och sjukvårdens för att ingripa till den enskildes stöd på ett tidigt stadium. I HSL finns bara en allmän bestämmelse i 2 c § om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Enligt den föreslagna bestämmelsen ska landstinget som huvudman för hälso- och sjukvården inom landstingsområdet upprätta program inom primärvården. Primärvården är den verksamhet som har den bredaste kontaktytan mot den vuxna befolkningen i allmänhet. Skyldigheten att upprätta program inom primärvården gäller primärt bara den verksamhet som landstinget bedriver själv. När det gäller andra utförare bör landstinget införa som avtalsvillkor i det fria vårdvalet att alla som bedriver primärvård ska arbeta enligt principerna i programmet för att bli registrerade som utförare inom vårdvalet.

När det på motsvarande sätt i *andra stycket* föreskrivs en skyldighet för kommunen att upprätta program för det sociala arbetet kan det erinras om att det till kommunens ansvar enligt 3 kap. 7 § SoL även hör att genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Syftet med programmet är även här att tidigt upptäcka och kort intervensera vid riskbruk, missbruk och beroende av alkohol och andra medel som avses i 3 §.

Så kallad kort intervention (brief intervention) är exempel på en metodik med vetenskapligt stöd som kan vara lämplig att använda sedan problemet uppmärksammas. Uppmärksammandet kan göras genom t.ex. genom riktad screening, med hjälp av intervju, frågeformulär eller provtagning. Uppsökande verksamhet och annat fältarbete bland t.ex. unga är andra viktiga strategier för tidig upptäckt, som ger möjlighet till intervention.

Om det inte bedöms tillräckligt med rådgivning eller liknande åtgärder bör den enskilde hänvisas till andra insatser inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, alternativt bör den instans som uppmärksammat problemet konsultvägen ta hjälp av instanser med högre specialiserad kompetens för att kunna utföra adekvat behandling och psykosocialt stöd. Det är då uteslutande fråga om

insatser som bygger på frivillighet. I LPT regleras möjligheten att ingripa mot den enskildes vilja.

Paragrafens bestämmelser är avsedda både att verka förebyggande genom en tidig intervention och att se till att de insatser som finns inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten görs tillgängliga för den enskilde. Bestämmelserna i 9 § om förstärkt vårdgaranti ska sedan ytterligare göra att vården blir tillgänglig för den som har missbruks- eller beroendeproblem.

Utredning och planering

7 §

Första stycket. När den enskilde behöver insatser inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har landstinget och kommunen var för sig ett ansvar för att utreda, bedöma, planera och följa upp insatserna.

Enligt bestämmelserna i 2 kap. 7 § SoL respektive 3 f § HSL ska kommunen och landstinget i dessa situationer upprätta en individuell plan, om detta behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och den enskilde samtycker till att den upprättas. Av planen ska bl.a. framgå vilka insatser respektive huvudman ska svara för och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

När det gäller missbruks- och beroendevården föreskrivs nu här att det är kommunen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, om inte landstinget och kommunen kommer överens om annat. Den enskildes önskemål om att upprätta en individuell plan och vilken huvudman som ska ha det övergripande ansvaret ska särskilt beaktas. Det kan tilläggas att det inom missbruks- och beroendevården är särskilt viktigt att planen kommer till stånd utan dröjsmål.

Det är vanligt att människor med missbruksproblem också lider av andra sjukdomar. Behovet av vård vid samsjuklighet uppmärksammas i *andra stycket*. Här understryks vikten av att landstinget ser till att den enskildes behov av annan hälso- och sjukvård tillgodoses samordnat med insatserna inom missbruks- och beroendevården när detta är lämpligt. Det kan gälla insatser inom såväl den somatiska som den psykiatriska hälso- och sjukvården.

Samarbetsavtal

8 §

För att det samordnade ansvaret inom missbruks- och beroendevården ska fungera på ett bra sätt i det enskilda fallet – och också rent allmänt – föreskrivs i paragrafen att landstinget och kommunen ska träffa avtal om samarbete i fråga om insatser för människor som har problem med missbruk eller beroende eller en riskabel konsumtion. Som närmare har beskrivits i avsnitt 3.8 är det särskilt viktigt att avtala om avsteg från den normala ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Man kan vidare behöva avtala t.ex. om hur socialtjänsten vid tidiga insatser ska hänvisa till hälso- och sjukvården när man finner att kort intervention inte räcker till. Formerna för att samordna utredning, bedömning och planering kan också behöva ingå i samarbetsavtalet. I avtalet måste man också sörja för att det blir klart vem av huvudmännen som har det samlade behandlingsansvaret. Det finns redan i dag exempel på avtal om samverkan mellan landsting och kommuner inom beroendevården.

Människor som behöver sådana insatser som samarbetsavtalet avser och deras närstående bör få medverka aktivt till innehållet i samarbetsavtalet och också få vara med när avtalet följs upp. I första hand avses då brukarorganisationer och organisationer som företräder närstående men även andra som har erfarenhet av missbruks- och beroendeproblem bör kunna komma i fråga. Här kan erinras om FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, som har tillträtts av Sverige. Konventionsstaterna har i artikel 4 punkt 3 i denna åtagit sig att i utformning och genomförande av lagstiftning och riktlinjer för att genomföra konventionen och i andra beslutsfattande processer angående frågor som berör människor med funktionsnedsättning nära samråda med och aktivt involvera personer med funktionsnedsättning genom de organisationer som företräder dem.

I 5 kap. 8 a § SoL och 8 a § HSL har nyligen införts likartade bestämmelser om en överenskommelse mellan kommunen och landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör enligt bestämmelserna organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

På motsvarande sätt som i 4 § andra stycket och 5 § andra stycket LMB görs i förevarande paragrafs *andra stycke* ett tillägg som möjliggör för landstinget att träffa samarbetsavtal med mer än en kommun eller med ett kommunalförbund.

Tredje stycket. Som framgått av avsnitt 17.1 har en mycket stor del av de intagna i kriminalvårdsanstalt problem med missbruk eller beroende av narkotika och andra droger. Det behövs därför ett utvecklat samarbete mellan Kriminalvården och landstinget i fråga om insatser för dessa. Förevarande bestämmelse innebär att landstinget ska ingå ett samarbetsavtal med Kriminalvården som tydliggör hur vistelselandstinget kan bistå kriminalvården inom landstingets område när det gäller behandling av intagna med missbruk eller beroende.

Förstärkt vårdgaranti

9 §

Enligt de bestämmelser som gäller i HSL sedan den 1 juli 2010 ska landstinget erbjuda dem som är bosatta inom landstinget en vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom en viss tid får kontakt med, besök hos och behandling inom hälso- och sjukvården. Tiderna för den lagstadgade vårdgarantin ska föreskrivas av regeringen, och de ska åtminstone till en början vara desamma som nu gäller enligt en överenskommelse mellan staten och företrädare för landstingen. En förordning (2010:349) om vårdgaranti har utfärdats. Bestämmelserna innebär kortfattat att patienten ska få kontakt med primärvården samma dag som patienten söker hjälp (tillgänglighetsgaranti), inom högst sju dagar få besöka en läkare inom primärvården (besöksgaranti), få besöka den specialiserade vården inom högst 90 dagar (behandlingsgaranti) och slutligen få behandling inom landstingets planerade vård inom 90 dagar (behandlingsgaranti). Dessa bestämmelser gäller givetvis också inom den av landstinget bedrivna missbruks- och beroendevården. Härutöver gäller de särskilda bestämmelserna om förstärkt vårdgaranti i förevarande paragraf. Den närmare bakgrunden och motiven framgår av avsnitt 4.2.

När det gäller patienter som söker vård eller behandling för sitt missbruk eller beroende är behovet av snara insatser stort, eftersom motivationen för att söka hjälp annars snabbt kan avta. I *första*

stycket av förevarande paragraf föreskrivs därför en förstärkt vårdgaranti. Den innebär att landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget och behöver medicinsk vård eller behandling en garanti för att allsidigt utreda och inleda behandling snarast och senast inom 30 dagar från det den enskilde söker vård eller behovet av vård på annat sätt uppmärksammas. Ett sådant uppmärksammande kan göras både inom landstingets hälso- och sjukvård eller genom att socialtjänsten underrättar hälso- och sjukvården om behovet av vård. Har exempelvis socialtjänsten uppmärksammat behovet av utredning och bedömning inom hälso- och sjukvården, gäller tiden 30 dagar från den tidpunkt då landstinget fick en underrättelse om behovet av utredning. Akuta behov ska givetvis tillgodoses genast.

I vissa fall är det av medicinska skäl ogörligt att genomföra en fullständig utredning och inleda behandling inom alltför snäva tidsramar. Det kan till exempel handla om neuropsykologisk utredning hos en person som först måste genomgå abstinensbehandling och därefter vara fri från missbruk under några veckor för att utredningen ska kunna genomföras på ett sätt som ger tillförlitliga resultat. En annan situation där utredningen och behandlingen kan behöva skjutas fram är när en behandling måste inledas för något tillstånd av kroppslig eller psykiatrisk samsjuklighet för att den enskilde ska bli i skick för behövliga insatser för sitt missbruk eller beroende. Kravet på en fullständig utredning får dock inte hindra att en behandling inleds inom 30 dagars tidsgränsen.

Kravet på allsidig utredning innebär att utredningen ska vara tvärprofessionell när detta behövs, dvs. både olika medicinska och sociala bedömningar ska göras inom den föreskrivna tiden.

Samma tid för behandling inom 30 dagar gäller enligt den förstärkta vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har kommit överens om ska gälla senast 2011. Här kan nämnas att man från regeringshåll uttalat förhoppningar om att sätta upp mål om ytterligare kortare vårdtider inom hälso- och sjukvården.

Bestämmelsen siktar på mera allvarliga former av missbruk eller beroende. Ett enstaka fall av fylleri som leder till behov av tillnyktring kan exempelvis tyda på ett allvarligt missbruk men behöver inte alltid göra det. I det senare fallet är vårdgarantin inte tillämplig. Å andra sidan avser tidsfristen att tillgodose ett mera långsiktigt vårdbehov. I lagtexten påpekas därför att akuta behov

ska tillgodoses genast. Tillnyktring måste givetvis ske genast, och också abstinensvård måste inledas utan tidsutdräkt.

I *andra stycket* föreskrivs på samma sätt som beträffande landstinget att kommunen ska ge dem som vistas inom kommunen och behöver psykosociala insatser på grund av sitt missbruk eller beroende en garanti för att en individuell plan upprättas snarast och senast inom 30 dagar från det den enskilde söker sådant stöd eller behovet av detta uppmärksammas på annat sätt inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

Närmare föreskrifter om innehållet i garanti får enligt *tredje stycket* ges av regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer.

10 §

I *första stycket* klargörs att den förstärkta vårdgarantin enligt 9 § första stycket inte bara gäller dem som är bosatta i landstinget. Landstingets ansvar gäller liksom i 3 § första stycket HSL även dem som kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen och stadigvarande vistas inom landstinget samt vidare dem som inom landstinget är intagna i en kriminalvårdsanstalt eller i ett hem för vård eller boende enligt SoL eller LVU. Motiven när det gäller intagna för kriminalvård har angetts i avsnitt 4.2.7.

Behöver patienten också vård eller behandling för annan sjukdom, somatisk eller psykisk, är det naturligt att landstingets ansvar även gäller sådan vård eller behandling. Detta oavsett om denna sjukdom har direkt samband eller inte med de problem patienten har för sitt missbruk eller beroende. För att göra detta tydligt har en bestämmelse tagits in i *andra stycket*. Den förstärkta vårdgarantin enligt 9 § första stycket gäller dock inte behandlingen av sådan annan somatisk eller psykisk sjukdom. För denna gäller i stället de allmänna garantibestämmelserna i 3 g § HSL.

11 §

Bestämmelserna i 9 § första stycket om en förstärkt vårdgaranti kompletteras här med en möjlighet att söka en annan utförare av den behandling som den enskilde har rätt till. Förutsättningen är att landstinget inte inlett en erbjuden behandling inom tidsfristen 30 dagar eller den längre tid som man kommit överens med den

enskilde om. Den enskilde kan då få behandlingen utförd av en annan offentlig eller privat vårdgivare på det ansvariga landstingets bekostnad.

Patienten förslås själv få välja annan vårdgivare eller utförare. Enligt bestämmelserna för den allmänna vårdgarantin i 3 g § och 3 h § HSL är det landstinget som ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare.

Skyldigheten att betala kostnaderna begränsas av att kostnaderna ska anses skäligen. Vid denna bedömning får det ansvariga landstingets kostnader för motsvarande behandling vara en utgångspunkt. För att uppnå en enhetlig syn på vad som kan vara en skäligen kostnad skulle en möjlighet kunna vara att Socialstyrelsen utformar rekommendationer efter hörande av Sveriges Kommuner och Landsting.

Kvalitet och kompetens

12 §

Utredningen har behandlat kvalitetskraven inom missbruks- och beroendevården i avsnitt 6.1 I *första stycket* understryks de kvalitetskrav som gäller enligt 3 kap. 3 § SoL. Att insatserna ska vara av god kvalitet betonas i bestämmelsen i SoL. Här har tillfogats att de ska vara grundade på kunskap och erfarenhet. Med detta menas att de så långt möjligt också ska vara evidensbaserade.

För all hälso- och sjukvårdspersonal gäller bestämmelsen i 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen att personalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I den aktuella bestämmelsen i SoL föreskrivs att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Förebilden till detta finns även i 31 § HSL. I den föreslagna lagtexten har tillfogats att den också ska *följas upp*. Kvalitetsarbetet är i hög grad beroende av att ledningen skapar en organisation och arbetssituation där uppföljningen är en självklar del i verksamheten. Det föreslagna tillägget syftar till att tydliggöra ansvaret att följa upp verksamheten som led i att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det är här inte bara en fråga om att följa upp verksamheten i allmänhet och bl.a. bedöma hur kostnadseffektiv den är utan också att granska de insatser som gjorts i individuella fall av missbruk, beroende eller riskbruk.

I *andra stycket* föreskrivs med 3 kap. 3 § andra stycket SoL som förebild att det för utförande av uppgifter enligt lagen ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Inom hälso- och sjukvårdens primärvård bör det exempelvis finnas tillgång till beroendemedicinsk kompetens. Finns det inte en sådan måste det ges möjlighet att remittera till ett annat landsting.

Utredningen har i avsnitt 6.1 utförligt behandlat de kompetenskrav som utredningen anser bör gälla inom den framtida missbruks- och beroendevården. Bakgrunden till bestämmelsen i *tredje stycket* om auktorisation är att missbruks- och beroendevården i dag är ett eftersatt område, där alltför många verksamheter bedrivs med personal som har otillräckliga kunskaper eller utan att genomtänkta och kunskapsbaserade metoder används. Det föreslås nu att olika verksamheter som bedriver behandling inom missbruks- och beroendevården ska auktoriseras. Det gäller såväl institutioner inom slutenvård såsom behandlingshem och hem för vård eller boende som mottagningar inom öppen vård. Det gäller även familjehem i den mån dessa utöver omvårdnad bedriver någon form av behandling. Bestämmelsen avses gälla av landstinget drivna verksamheter såväl som verksamheter som drivs privat eller ideellt enligt avtal med landstinget. Även institutioner inom missbruks- och beroendevården som drivs av Kriminalvården berörs. Av Socialstyrelsen upprättade kvalitetsregister kan här få en viktig funktion.

Bestämmelsen om auktorisation avses dock inte gälla sjukhus och andra renodlade sjukvårdsmottagningar, där verksamheten bedrivs av legitimerad personal.

I avsnitt 6.1.1 har föreslagits att regeringen ska uppdra åt Socialstyrelsen att utforma och verkställa bestämmelserna om auktorisation. I ett första steg kan det vara lämpligt att bestämmelserna om auktorisation endast får gälla hem för vård eller boende. De nuvarande bestämmelserna om tillståndsgivning i SoL:s föreskrifter om enskild verksamhet föreslås ersatta av systemet med auktorisation.

13 §

Första stycket. Många människor med missbruks- eller beroendeproblem befinner sig i en mycket utsatt situation. För att kunna ge dem den vård och behandling eller det stöd som de behöver är det

särskilt viktigt att de får ett bemötande som inger dem förtroende när de söker sig till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Vikten av ett sådant gott bemötande inskräps i denna paragraf.

De brukar- och anhörigorganisationer som finns på området har ofta en erfarenhet som det kan vara värdefullt att man tar till sig inom vården eller socialtjänsten. I *andra stycket* understryks att landstinget eller kommunen ska söka ta till vara sådan erfarenheter i arbetet på att utveckla insatserna inom missbruks- och beroendevården. Också erfarenheterna av den som inte har en viss organisationstillhörighet kan givetvis vara värda att ta till vara.

Tillsyn m.m.

14 §

Första stycket har sin förebild i 25 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Den klargör att all verksamhet som kan hänföras till LMB står under Socialstyrelsens tillsyn. Även *andra stycket* har sin förebild i LSS. Ordalydelsen överensstämmer med den som gäller enligt 26 § första stycket LSS. Utformningen och innebörden av det föreslagna tillsynsbegreppet ansluter till det som numera gäller för verksamheter enligt SoL, LSS och hälso- och sjukvården (prop. 2008/09:160 s. 71 ff.).

15 §

Förebilden till bestämmelserna finns i 26 f § LSS. De ger Socialstyrelsen myndighet att anvisa de åtgärder som styrelsen anser nödvändiga för att avhjälpa ett missförhållande i den verksamhet som regleras av LMB. Den ger samtidigt den enskilde möjlighet att påtala missförhållanden för tillsynsmyndigheten och därmed få till stånd åtgärder som kan avhjälpa dessa. Liksom enligt LSS ska Socialstyrelsens föreläggande kunna förenas med vite.

11.2 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Vård utan samtycke ska i fortsättningen endast kunna ges enligt LPT. Förslaget innebär att flera hänvisningar i SoL till LVM och bestämmelser i denna faller bort. Dessa kommenteras inte särskilt.

5 kap.

9 §

I paragrafen och rubriken till denna föreslås en något ändrad terminologi som stämmer överens med den som utredningen föreslår i förslaget till lag om missbruks- och beroendevård. I ett tillägg till den nuvarande bestämmelsen ges socialnämnden möjlighet att inte bara stödja den enskilde för att komma ifrån missbruket utan också att begränsa skadorna. Utredningen har i den allmänna motiveringen, 5 kap., redogjort för olika skadebegränsande insatser.

I ett tillagt *andra stycke* hänvisas till de särskilda bestämmelser om den enskildes rätt och kommunens ansvar för olika insatser som gäller enligt den förslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

16 kap.

10 §

Ändringen i punkt 3 hänger samman med den ändrade terminologi som utredningen föreslår när det gäller människor med missbruksproblem. Ändringarna i övriga punkter föreslås för att få en beskrivning av övriga grupper som bättre stämmer överens med dem som ges av dessa i 5 kap. SoL.

11.3 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

2 g §

Ändringarna i punkt 3 innebär en anpassning till den terminologi som utredningen förslår ska gälla enligt förslaget till lag om missbruks- och beroendevård.

4 §

I de nya *tredje stycket* i paragrafen hänvisas till de särskilda bestämmelser om den enskildes rätt och landstingets ansvar för olika insatser som gäller enligt den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård.

11.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

1 §

Ändringarna i paragrafen är föranledda av utredningens förslag till en särskild lag om missbruks- och beroendevård som föreslås komplettera bland annat hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL).

3 §

Fjärde stycket har kompletterats med bestämmelse som anger att man vid bedömningen av vårdbehovet också ska beakta om patienten kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir. Bestämmelsen, som har likheter med den så kallade behandlingsindikationen för vård oberoende av samtycke i 1 § lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk i vissa fall (LSPV), kan ha särskild betydelse när det gäller människor som har svår missbruks- eller beroendeproblematik. För dessa kan vårdtiden ibland behöva bli längre än för patienter med en annan, mer övergående problematik. Se vidare den allmänna motiveringen i avsnitt 7.5.

3 a §

Bakgrunden till den nya paragrafen framgår av utredningens allmänna överväganden och den allmänna motiveringen. Uppräkningen av de substanser som patienten är beroende av eller missbrukar överensstämmer med den som görs i den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård. Av ordalydelsen framgår att det ska föreligga kausalitet mellan missbruket eller beroendet och vårdbehovet. Innan någon tas in på en vårdinrättning för tvångsvård ska behovet av vård prövas av två av varandra oberoende läkare, en läkare som utfärdar vårdintyg och en som beslutar om intagning. Samma bestämmelser gäller givetvis också när patienten lider av en allvarlig psykisk störning enligt denna paragraf.

Det är i första hand beroendet av något av de angivna medlen som ska konstituera det oundgängliga vårdbehovet. Särskilt unga människor kan emellertid ha ett missbruk som är så omfattande att det kräver vård enligt lagen utan att de uppnått ett sådant beroende som bestämmelsen syftar till.

Vårdbehovet ska alltså vara sådant att det framstår som oundgängligt. Bedömningen av om detta är fallet överensstämmer helt med vad som gäller vid motsvarande bedömning enligt 3 §. Behovet ska således vara oundgängligt i det aktuella skedet, och det är inte tillräckligt att det ter sig oundgängligt endast på någon sikt. Vid bedömningen av patientens vårdbehov måste man pröva om i vad mån risk föreligger för hans eller hennes liv eller hälsa. Vårdbehovet ska med andra ord vara så uttalat att det kan bli tillgodosett endast genom vistelse på en sjukvårdsinrättning där abstinensvård eller annan psykiatrisk vård får ges (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

Den som vårdas med stöd av 3 a § får i enlighet med bestämmelserna i 18 § under sluten psykiatrisk tvångsvård hindras att lämna vårdinrättningens område och i övrigt underkastas det tvång som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården. Vid beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård ska föreskrivas de särskilda villkor som ska gälla för vården. Till de särskilda villkoren hör enligt 26 § bl.a. skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling och förbud mot att använda berusningsmedel. Andra villkor som kan ha särskild betydelse för den som har missbruks- eller beroendeproblem är skyldighet att vistas på ett hem eller en annan institution för vård eller behandling,

liksom förbud mot att vistas på en viss plats eller ta kontakt med en viss person. Med det slaget av villkor kan man försöka hindra att patienten går tillbaka till en ur missbrukssynpunkt skadlig miljö. I en ny 21 a § har införts en skyldighet att efter uppmaning lämna bland annat urinprov.

Begreppet allvarlig psykisk störning har enligt lagens förarbeten (prop. 1990/91:58) samma innebörd i LRV som i LPT. Utredningen anser i ett förslag till ändring i 31 kap. 3 § brottsbalken att detta ska gälla även i fortsättningen.

16 §

Den nya bestämmelsen i *första stycket* understryker behovet av fortsatta insatser efter tvångsvården för den som behöver stöd, vård eller behandling för sitt missbruk eller beroende av psykoaktiva insatser. Dessa insatser kan givetvis behövas redan under vistelsen på vårdinstitutionen och inte först när patienten går ut i öppen vård. Vårdplanen för dessa patienter bör så långt möjligt också innefatta nödvändiga insatser av annan huvudman.

21 a §

Denna nya bestämmelse har sin förebild i nuvarande 32 a § LVM. För att kunna kontrollera om patienten är drogfri eller påverkad av något medel som kan inverka på behandlingen kan det vara viktigt att exempelvis kunna ta urinprov på patienten. Uppräkningen av de olika slag av prov som kan förekomma har anpassats till vad som gäller enligt bl.a. 8 kap. 6 § fängelselagen (2010:610).

I regel kan provtagningen ske med patientens samtycke. Men särskilt vid intagningen och inför en överflyttning till en öppen vårdform har det ansetts behövas en särskild reglering. Statens institutionsstyrelse har utarbetat allmänna råd för verksamheten vid de nuvarande LVM-hemmen. Dessa torde, åtminstone inledningsvis, kunna vara till ledning också inom LPT-vården. Den föreslagna bestämmelsen gäller emellertid inte enbart patienter som har tagits in för vård med stöd av 3 a § utan torde vid behov kunna användas även beträffande andra patienter. Den översyn som nu görs av Psykiatrilagsutredningen får visa i vilken utsträckning bestämmelsen bör ha fortsatt giltighet.

11.5 Förslaget till lag om ändring i brottsbalken

30 kap.

9 §

Ändringarna i andra stycket punkt 3 innebär en anpassning till den terminologi beträffande missbruk eller beroende av olika medel som föreslås i lagen om missbruks- och beroendevård. Någon skillnad i sak är inte avsedd.

31 kap.

2 §

Förslaget att slopa paragrafen hänger samman med förslaget att upphäva LVM.

3 §

Det tillagda tredje stycket klargör att begreppet allvarlig psykisk störning i brottsbalken och därmed också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) har samma innebörd som i den föreslagna 3 a § LPT. Någon saklig skillnad i förhållande till dagens lagstiftning är inte avsedd.

11.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

3, 15 c, 16, 17 a, och 20 §§

Ändringarna i samtliga paragrafer innebär en anpassning till terminologin i lagen om missbruks- och beroendevård. Några sakliga skillnader är inte avsedda.

11.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

11 §

Ändringen innebär en anpassning till terminologin i lagen om missbruks- och beroendevård. Någon saklig skillnad är inte avsedd. Det kan emellertid finnas anledning att erinra om att förevarande bestämmelse pekar på att ett långvarigt missbruk kan förorsaka en sådan funktionsnedsättning att det föreligger ett särskilt hjälpbehov enligt LSS. Det är därmed också fråga om en sådan sam-sjuklighet som behandlas på olika ställen i LMB.

11.8 Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB)

3 §

Utredningen har i avsnitt 8.1 föreslagit att landstinget ska ha huvudansvaret för förvaring och tillsyn vid polisens omhändertagande av berusade personer. I *första stycket* föreskrivs nu att den omhändertagne ska föras till en av landstinget anordnad enhet för tillnyktring, om inte särskilda skäl talar däremot. Sådana särskilda skäl kan vara aggressivitet, våldsamt uppträdande eller hotfullhet hos den omhändertagne som gör att han eller hon i stället enligt 4 § måste förvaras i polisarrest eller inom Kriminalvården. Ett annat sådant skäl kan vara att den omhändertagne uppträder så stökigt att man kan befara att klinikens personal får svårt att hantera honom eller henne. Ett mera praktiskt skäl kan vara att närmaste tillnyktringsenhet ligger på så långt avstånd från den omhändertagnes bostad att han eller hon får svårigheter att ta sig hem efter tillnyktringen.

Så snart den omhändertagne blivit överlämnad till personalen på tillnyktringsenheten, ska han eller hon frigges. Det kan dock vara lämpligt att polisen stannar kvar en kort tid på enheten före frigivningen för att förvissa sig om att den omhändertagne inte genast vill ge sig därifrån. Beslut om frigivning fattas av polismannen. Personalen på tillnyktringsenheten har därefter inga lagliga möjligheter att hindra den omhändertagne från att lämna enheten. Han

eller hon kan däremot omhändertaras på nytt av polisen om förutsättningarna enligt 1 § för ett omhändertagande fortfarande gäller.

Beslutet om omhändertagande och beslutet att frige den omhändertagne ska polismannen enligt 5 § så skyndsamt som möjligt anmäla för sin förman. Enligt 7 kap. 10 § körkortsförordningen (1998:980) ska polismyndigheten anmäla till Transportstyrelsen när någon har omhändertagits enligt LOB.

Regeringen har i en förordning (1976:518) bemyndigat Rikspolisstyrelsen att meddela närmare föreskrifter för verkställigheten av LOB. Såvitt rör sociala och medicinska frågor ska föreskrifterna meddelas efter samråd med Socialstyrelsen. Sådana föreskrifter och allmänna råd har meddelats senast i Rikspolisstyrelsens författningssamling RPSFS 2000:57, FAP 023-1. I föreskrifterna hänvisas till bestämmelser om dokumentation av omhändertagande i Rikspolisstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation enligt 27 och 28 §§ polislagen (1984:387) (RPSFS 2000:15, FAP 100-2). Protokollen, som utgör grundhandling över omhändertaganden, ska förses med löpnummer och förvaras i nummerordning i en särskild pärm. Enligt samtidigt meddelade allmänna råd bör polismyndigheten, om identiteten är fastställd, underrätta socialnämnden när någon har omhändertagits genom att ett exemplar av protokollet sänds till socialnämnden i den omhändertagnes hemort senast påföljande vardag. Det kan enligt utredningens uppfattning finnas skäl för Rikspolisstyrelsen att överväga möjligheterna att ge föreskrifter som innebär att uppgifter om alla omhändertaganden enligt LOB lämnas till ett nationellt register. Ett sådant saknas för närvarande. I övrigt ser utredningen inte någon anledning att nu föreslå någon ändring av gällande föreskrifter och allmänna råd.

Enligt *andra stycket* kan den omhändertagne i stället för en av landstinget anordnad enhet föras till en enhet för tillnyktring som är anordnad av en annan huvudman än landstinget och som landstinget har ett samarbetsavtal med. Som har framhållits i den allmänna motiveringen bör samarbetsavtalet träffas efter samråd med polismyndigheten.

4 §

Ändringen föranleds av den nya utformningen av 3 §.

6 §

I tillsynen av den omhändertagne ingår att försöka bedöma om han eller hon är påverkad av annat än alkohol, t.ex. någon sjukdom. För att kunna göra detta kan man behöva göra ett alkoholutandningsprov. Genom ett tillägg till nuvarande bestämmelser har klargjorts att en polisman får ta ett sådant prov på den omhändertagne.

Om den omhändertagne förvaras i polisarrest eller hos Kriminalvården, har landstinget ett ansvar för att polisen eller personalen hos Kriminalvården har tillgång till medicinsk bedömning under den omhändertagnes tillnyktring. Den medicinska bedömningen kan tillhandahållas av en jourmottagning eller motsvarande eller av att en sjuksköterska eller läkare kommer till arresten för provtagning eller medicinsk bedömning.

11.9 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

25 kap.

12 §

Ändringarna innebär en anpassning till terminologin i lagen om missbruks- och beroendevård.

12 a §

Den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård (LMB) innehåller flera bestämmelser om samarbete i fråga om insatser för människor som har problem med missbruk eller beroende eller riskabelt bruk av medel som sägs i lagen. Enligt 8 § ska således landstinget och kommunen ingå samarbetsavtal och enligt 12 § MBL ska kvaliteten på insatserna systematiskt och fortlöpande utvecklas, följas upp och säkras.

För att möjliggöra den uppföljning som föreskrivs har utredningen i avsnitt 3.9 funnit det nödvändigt att föreslå en särskild sekretessbrytande regel som komplement till de sekretessbrytande bestämmelser som finns för hälso- och sjukvården. Regeln om uppföljning avser inte detaljfrågor utan ska göra et möjligt att

bedöma resultatet av samlade åtgärder för den enskilde inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

26 kap.

9 §

Ändringarna innebär en anpassning till terminologin i lagen om missbruks- och beroendevård.

9 a §

Bestämmelsen innebär en motsvarighet för socialtjänstens vidkommande till den sekretessbrytande bestämmelse som föreslås för hälso- och sjukvården. Se kommentaren till 25 kap 12 a §.

11.10 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

5 §

Ändringen innebär en anpassning till terminologin i lagen om missbruks- och beroendevård.

11.11 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

2 §

I *andra stycket* har kravet på att den kommun där verksamheten ska bedrivas ska ha biträtt landstingets ansökan om tillstånd tagits bort. Förslaget har motiverats i avsnitt 5.6.3.

3 §

Bestämmelsen i nuvarande *första stycket* om obligatoriskt samråd mellan landstinget och samtliga kommuner innan en ansökan om tillstånd ges in till Socialstyrelsen föreslås slopad som en konsekvens

av att den berörda kommunen inte längre ska behöva biträda ansökan. Det kan givetvis vara lämpligt att samråd ändå sker, t.ex. i samband med att landstinget och kommunerna ingår ett samarbetsavtal enligt 8 § LMB.

Som framhållits i den allmänna motiveringen bör sprututbytesverksamheten ingå som en av flera komponenter i vården av personer med missbruk eller beroende. Bestämmelsen i nuvarande *andra stycket* föreslås därför kvarstå om att landstinget i sin ansökan ska redovisa hur behovet av abstinensvård och vård av personer som missbrukar narkotika kommer att tillgodoses.

6 §

Tredje stycket. I den allmänna motiveringen har utredningen föreslagit att den nuvarande åldersgränsen ska sänkas till myndighetsåldern 18.

Bosättningskravet i nuvarande fjärde stycket föreslås slopat. Sprutor och kanyler ska enligt förslaget få lämnas ut till den som vistas i landstinget. Verksamheten kan därmed även nå personer med intravenöst missbruk som rör sig mellan olika landsting eller olika länder.

11.12 Förslaget till lag om ändring i polislagen (1984:387)

12 a §

Bestämmelsen föreslås upphävd som en konsekvens av att LVM ska ersättas av LPT. Motsvarande bestämmelse om rätt för polisman att ta om hand en person finns i 47 § LPT.

12 Följdändringar i andra författningar

Utredningen har i betänkandets början lämnat ett antal författningsförslag. I detta avsnitt ska vi lämna förslag till följdändringar i ytterligare lagar och förordningar.

Först ska då nämnas att utredningens förslag innebär att Statens Institutionsstyrelsens befattning med ärenden enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall LVM) upphör. Utredningen har inte sett som sin uppgift att föreslå de ändringar som detta förleder i förordningen (2007:1132) med instruktion för Statens Institutionsstyrelse.

LVM föreslås gälla övergångsvis beträffande vård som förvaltningsrätten har beslutat om före den 1 juli 2012. Detta har fått till följd att vissa av de följande författningsförslagen föreslås träda i kraft ett halvt år senare än de övriga.

Utredningen vill vidare peka på att i utredningens förslag till lag om missbruks- och beroendevård ges följande definition i 3 §: Insatser inom missbruks- och beroendevården syftar till stöd, vård och behandling åt människor som genom sin användning av *alkohol, narkotika, läkemedel dopningsmedel eller andra liknande medel* riskerar att skada sin hälsa eller socialsituation.

Medel av dessa slag anges på nu olika sätt i en rad författningar. Det kan finnas anledning att i samband med blivande översyner av dessa författningar överväga behovet av att helt eller delvis använda sig av den definition som nu föreslås i förslaget till lag om missbruks- och beroendevård. Följande författningar kan då nämnas.

1. sjömanslagen (1973:282), 17 § punkt 4.
2. lag (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus, 1 och 4 §§.
3. sjötrafikförordningen (1986:300), 6 §.
4. alkohollag (1994:1738), 2 kap. 6 § och 10 kap. 7 §.

5. lag (1994:1811) om disciplinansvar inom totalförsvaret, 41, 43 och 46 §§.
6. lag (1999:271) om handel med begagnade varor, 7 §.
7. förordning (1995:241) om disciplinansvar inom totalförsvaret m.m., 4 kap. 2 §.
8. lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, 17 och 18 a §§.
9. smittskyddslag (2004:168), 13 §.
10. utlänningslag (2005:716), 11 kap. 8 §.
11. fängelselag (2010:610), 6 kap. 6 och 7 §§, 8 kap. 6 och 8 §§, 11 kap. 7 samt 15 kap 2 §.
12. häkteslag (2010:611), 4 kap. 5 och 8 §§.

1 Förslag till lag om ändring i lagen (1963:197) om allmänt kriminalregister

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (1963:197) om allmänt kriminalregister ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §¹

Registret *skall* innehålla uppgifter angående dem som av domstol i riket

Registret *ska* innehålla uppgifter angående dem som av domstol i riket

1. dömts till fängelse, villkorlig dom, skyddstillsyn eller sluten ungdomsvård;

2. överlämnats till rättspsykiatrisk vård *eller, om för brottet är föreskrivet fängelse, till vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall; eller*

2. överlämnats till rättspsykiatrisk vård; eller

3. ålagts förvandlingsstraff för böter.

Har brott, för vilket dömts till skyddstillsyn eller villkorlig dom, enligt domen begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, *skall* detta särskilt anmärkas i registret.

Har brott, för vilket dömts till skyddstillsyn eller villkorlig dom, enligt domen begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, *ska* detta särskilt anmärkas i registret.

Vad som sägs i första och andra stycket gäller även dem som förelagts villkorlig dom enligt 48 kap. rättegångsbalken.

I registret *skall* antecknas brottet samt uppgift om verkställd personutredning och om domen, beslutet eller föreläggandet

I registret *ska* antecknas brottet samt uppgift om verkställd personutredning och om domen, beslutet eller föreläggandet

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

¹ Senaste lydelse 1998:607.

2 Förslag till lag om ändring i delgivningslagen (1970:428)

Härigenom föreskrivs att 24 § delgivningslagen (1970:428) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

24 §²

Som fullt bevis att delgivning har skett på sätt som anges i intyget gäller intyg som i tjänsten utfärdas av stämningsman, tjänsteman vid svensk utlandsmyndighet, åklagare, polisman, kronofogde, exekutiv tjänsteman vid Kronofogdemyndigheten samt tjänsteman vid någon av följande inrättningar, nämligen

1. kriminalvårdsanstalt,
2. häkte,
3. hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *och i 22 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,*

3. hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,

4. sådan enhet som avses i 6 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och i 5 § lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, om delgivningen avser den som är intagen där. Samma vitsord tillkommer intyg av Notarius publicus och intyg av nämndeman i tingsrätt vid delgivning för tingsrättens räkning.

Vid särskild postdelgivning har intyg av befattningshavare vid postbefordringsföretag som avses i 3 § andra stycket sådant vitsord som anges i första stycket.

Intyg att delgivning skett på utrikes ort *skall* gälla som fullt bevis att delgivning skett på sätt som anges i intyget, om intygsgivarens behörighet styrkes av tjänsteman vid svensk utlandsmyndighet. Intyg om delgivning på utrikes ort gäller som fullt bevis även utan sådant bestyr-

Intyg att delgivning skett på utrikes ort *ska* gälla som fullt bevis att delgivning skett på sätt som anges i intyget, om intygsgivarens behörighet styrkes av tjänsteman vid svensk utlandsmyndighet. Intyg om delgivning på utrikes ort gäller som fullt bevis även utan sådant bestyr-

² Senaste lydelse 2006:750.

kande som nyss nämnts, om
detta följer av överenskommelse
med främmande stat.

kande som nyss nämnts, om
detta följer av överenskommelse
med främmande stat

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

3 Förslag till lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar

Härigenom föreskrivs att 18 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

18 §³

En förvaltningsrätt är domför med en lagfaren domare ensam

1. vid åtgärd som avser endast måls beredande,
2. vid förhör med vittne eller sakkunnig som begärts av en annan förvaltningsrätt,
3. vid beslut som avser endast rättelse av felräkning, felskrivning eller annat uppenbart förbiseende och
4. vid annat beslut som inte innefattar slutligt avgörande av mål.

Om det inte är påkallat av särskild anledning att målet prövas av fullsutten rätt, är en förvaltningsrätt domför med en lagfaren domare ensam vid beslut som inte innefattar prövning av målet i sak.

Åtgärder som avser endast beredandet av ett mål och som inte är av sådant slag att de bör förbehållas lagfarna domare får utföras av en annan tjänsteman som har tillräcklig kunskap och erfarenhet och som är anställd vid förvaltningsrätten eller vid en tingsrätt på samma ort som förvaltningsrätten. Regeringen meddelar närmare föreskrifter om detta.

Vad som sägs i andra stycket gäller även vid avgörande i sak av

1. mål av enkel beskaffenhet,
2. mål enligt lagen (1994:466) om särskilda tvångsåtgärder i beskattningsförfarandet, enligt lagen (1978:880) om betalnings-säkring för skatter, tullar och avgifter, om besiktning enligt fastighetstaxeringslagen (1979:1152), om handlings undantagande från taxeringsrevision, skatterevision eller annan granskning och om befrielse från skyldighet att lämna upplysningar, visa upp handling eller lämna kontrolluppgift enligt skatteförfattningarna,
3. mål om omedelbart om- 3. mål om omedelbart om-
händertagande enligt 6 § lagen 3. mål om omedelbart om-
(1990:52) med särskilda bestäm- (1990:52) med särskilda bestäm-

³ Senaste lydelse 2010:616.

melser om vård av unga, mål om vård i enskildhet enligt 15 b § samma lag, mål om avskildhet enligt 15 c § samma lag, mål om tillfälligt flyttningsförbud enligt 27 § samma lag, *mål om omedelbart omhändertagande enligt 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*, mål om vård i enskildhet eller avskildhet enligt 34 § samma lag, mål om vård i enskildhet enligt 14 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, mål om avskildhet enligt 17 § samma lag, mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § smittskyddslagen (2004:168), mål enligt 12 § första stycket och 33 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, mål enligt 18 § första stycket 3–5 och 9 när det gäller de fall då vården inte har förenats med särskild utskrivningsprövning eller 6 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, mål om förvar och uppsikt enligt utlänningslagen (2005:716), mål enligt lagen (1974:202) om beräkning av strafftid m.m., mål enligt fängelselagen (2010:610) samt mål enligt lagen (1963:193) om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställighet av straff m.m.,

melser om vård av unga, mål om vård i enskildhet enligt 15 b § samma lag, mål om avskildhet enligt 15 c § samma lag, mål om tillfälligt flyttningsförbud enligt 27 § samma lag, mål om vård i enskildhet eller avskildhet enligt 34 § samma lag, mål om vård i enskildhet enligt 14 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, mål om avskildhet enligt 17 § samma lag, mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § smittskyddslagen (2004:168), mål enligt 12 § första stycket och 33 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, mål enligt 18 § första stycket 3–5 och 9 när det gäller de fall då vården inte har förenats med särskild utskrivningsprövning eller 6 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, mål om förvar och uppsikt enligt utlänningslagen (2005:716), mål enligt lagen (1974:202) om beräkning av strafftid m.m., mål enligt fängelselagen (2010:610) samt mål enligt lagen (1963:193) om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställighet av straff m.m.,

4. mål enligt folkbokföringsförfattningarna, mål rörande preliminär skatt eller om anstånd med att betala skatt eller avgifter enligt skatteförfattningarna,

5. mål enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling eller lagen (2007:1092) om upphandling inom områdena vatten, energi, transporter och posttjänster,

6. mål som avser en fråga av betydelse för inkomstbeskattningen, dock endast om värdet av vad som yrkas i målet uppenbart inte överstiger hälften av prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken,

7. mål enligt lagen (2004:629) om trängselskatt och

8. mål enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

4 Förslag till lag om ändring i brottsskadelagen (1978:413)

Härigenom föreskrivs att 3 § brottsskadelagen (1987:413) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §⁴

Brottsskadeersättning utgår för sakskada i fall då brottet har begåtts av någon som var

1. intagen i kriminalvårdsanstalt,
2. intagen för vård i ett hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
3. *intagen för vård i ett hem som avses i 22 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,*

4. häktad enligt beslut som hade verkställts, eller
5. underkastad motsvarande frihetsberövande i Danmark, Finland, Island eller Norge.

Första stycket tillämpas även på ren förmögenhetsskada, om särskilda skäl föreligger.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

⁴ Senaste lydelse 1990:59.

5 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §⁵

Denna lag gäller beträffande besök på vårdinstitutioner och sjukvårdsinrättningar till dem som är tvångsintagna för vård enligt

1. lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,

2. lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,

3. lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,

4. lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, och

5. lagen (1993:388) om införande av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Lagen gäller också för besök till dem som är isolerade enligt 5 kap. 1 § eller tillfälligt isolerade enligt 5 kap. 3 § smittskyddslagen (2004:168).

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

⁵ Senaste lydelse 2004:183.

6 Förslag till lag om ändring i lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring

Härigenom föreskrivs att 16 § lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

16 a §⁶

När ramtid ska bestämmas räknas inte heller den tid då den sökande varit förhindrad att arbeta på grund av

1. beslut enligt smittskyddslagen (2004:168) eller livsmedelslagen (2006:804) eller föreskrifter som har meddelats med stöd av livsmedelslagen,

2. *tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, eller*

3. frihetsberövande på kriminalvårdens område.

Första stycket 1 gäller inte när det är fråga om hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § smittskyddslagen eller avspärning enligt 3 kap. 10 § smittskyddslagen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

⁶ Senaste lydelse 2010:2030.

7 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:620) om belastningsregister

Härigenom föreskrivs att 3 och 17 §§ lagen (1998:620) om belastningsregister ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §⁷

- Registret ska innehålla uppgifter om den som
1. genom dom, beslut, strafföreläggande eller föreläggande av ordningsbot har ålagts påföljd för brott,
 2. har ålagts förvandlingsstraff för böter,
 3. med tillämpning av 30 kap. 6 § brottsbalken har förklarats fri från påföljd,
 4. på grund av åklagares beslut enligt 20 kap. 7 § rättegångsbalken, 9 eller 17 § lagen (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare eller 46 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall inte har åtalats för brott, eller
 5. har meddelats besöksförbud enligt lagen (1988:688) om besöksförbud eller tillträdesförbud enligt lagen (2005:321) om tillträdesförbud vid idrottsarrangemang, dock inte tillträdesförbud enligt 9 a § i den sistnämnda lagen.

17 §⁸

- Utöver vad som följer av 16 § ska uppgifter om
1. fängelse- eller förvandlingsstraff för böter gallras tio år efter frigivningen,
 2. fängelsestraff som ska anses helt verkställt genom tidigare frihetsberövande eller från vilket någon genom beslut om nåd helt har befriats gallras tio år efter domen eller beslutet,
 3. fängelsestraff som har fallit bort enligt 35 kap. 8 eller 9 § brottsbalken eller förvandlingsstraff för böter som har fallit bort

⁷ Senaste lydelse 2009:102.

⁸ Senaste lydelse 2010:540.

enligt 18 eller 21 § bötesverkställighetslagen (1979:189) gallras fem år efter det att straffet föll bort,

4. skyddstillsyn eller villkorlig dom gallras

a) tio år efter domen eller beslutet, eller

b) fem år efter domen eller beslutet, om uppgiften avser en person som var under 18 år vid tidpunkten för brottet eller brotten,

5. sluten ungdomsvård gallras tio år efter det att påföljden helt verkställts,

6. ungdomsvård *eller över-* 6. ungdomsvård gallras
lämnande till vård enligt lagen

(1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall gallras

a) tio år efter domen eller beslutet, eller

b) fem år efter domen eller beslutet, om uppgiften avser en person som var under 18 år vid tidpunkten för brottet eller brotten,

7. överlämnande till rättspsykiatrisk vård gallras tio år efter utskrivningen,

8. ungdomstjänst gallras

a) tio år efter domen eller beslutet, eller

b) fem år efter domen eller beslutet, om uppgiften avser en person som var under 18 år vid tidpunkten för brottet eller brotten,

9. böter gallras fem år efter domen, beslutet eller godkännandet av strafföreläggandet eller föreläggandet av ordningsbot,

10. att någon enligt 30 kap. 6 § brottsbalken har förklarats fri från påföljd gallras

a) tio år efter domen eller beslutet, eller

b) fem år efter domen eller beslutet, om uppgiften avser en person som var under 18 år vid tidpunkten för brottet eller brotten,

11. åklagares beslut att inte åtala för brott gallras

a) tio år efter beslutet, eller

b) tre år efter beslutet, om uppgiften avser en person som var under 18 år vid tidpunkten för brottet,

12. beslut om besöksförbud gallras tio år efter beslutet, och

13. beslut om tillträdesförbud gallras fem år efter beslutet.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

8 Förslag till lag om ändring i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §⁹

I denna lag avses med socialtjänst

- | | |
|--|---|
| 1. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård utan samtycke av unga <i>eller av missbrukare</i> , | 1. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård utan samtycke av unga, |
| 2. verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd, | |
| 3. verksamhet som i övrigt bedrivs av Statens institutionsstyrelse, | |
| 4. verksamhet hos kommunal invandrarbyrå, | |
| 5. verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade, | |
| 6. handläggning av ärenden om bistånd som lämnas av socialnämnd enligt lagstiftning om mottagande av asylsökande m.fl., | |
| 8. handläggning av ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade, och | |
| 9. verksamhet enligt lagen (2007:606) om utredningar avseende barn som har avlidit i anledning av brott m.m. | |

Med socialtjänst avses även tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamhet som avses i första stycket 1–9.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

⁹ Senaste lydelse 2010:205.

9 Förslag till lag om ändring i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (m 2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §¹⁰

Ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget får genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra

1. landstingets uppgifter

- enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
- enligt tandvårdslagen (1985:125),
- enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
- enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
- enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.,
- enligt smittskyddslagen (2004:168), eller
- som i annat fall enligt lag *skall* handhas av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen, och

– som i annat fall enligt lag *ska* handhas av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen, och

2. kommunens uppgifter

- enligt socialtjänstlagen (2001:453),
- enligt hälso- och sjukvårdslagen,
- enligt lagen (1988:870) om *vård av missbrukare i vissa fall*,
- enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
- enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade,
- enligt lagen om patientnämndsverksamhet m.m., eller
- som i annat fall enligt lag *skall* handhas av socialnämnd.

ska handhas av socialnämnd.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

¹⁰ Senaste lydelse 2004:190.

10 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd

Härigenom föreskrivs att 16 § förordningen (1977:284) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

16 §¹¹

Underrättelse om skada som omfattas av statligt personskadeskydd och som visar sig under skyddstiden ska lämnas

1. beträffande tjänstgöring i Försvarsmakten enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarspunkt: till kompanichefen eller motsvarande chef eller befäl,

2. beträffande mönstring eller annan utredning enligt lagen om totalförsvarspunkt eller under antagningsprövning enligt lagen (1994:1810) om möjlighet för kvinnor att fullgöra värnplikt eller civilplikt med längre grundutbildning: till den som ansvarar för utredningen,

3. beträffande tjänstgöring enligt lagen om totalförsvarspunkt i annat fall än under 1: till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap eller myndighet som Myndigheten för samhällsskydd och beredskap bestämmer,

4. beträffande räddningstjänst eller övning med kommunal organisation för räddningstjänst: till räddningschefen, räddningsledaren eller länsstyrelsen,

5. beträffande hemvärnstjänstgöring: till hemvärnskompanichefen,

6. beträffande verksamhet som någon som avses i 6 § 2–6 deltar i: till kompanichefen eller motsvarande befäl i fråga om verksamhet i Försvarsmakten, och i fråga om övrig verksamhet till Arbetsförmedlingen såvitt avser frivillig försvarsverksamhet och till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap såvitt avser medinflytande-verksamhet,

7. beträffande intagning i anstalt, hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda

¹¹ Senaste lydelse 2008:1209.

bestämmelser om vård av unga, bestämmelser om vård av unga,
hem som avses i 22 § lagen häkte eller polisarrest: till före-
(1988:870) om vård av missbru- ståndaren.
kare i vissa fall, häkte eller polis-
arrest: till föreståndaren.

Kompanichef eller motsvarande befäl inom Försvarmakten ska omedelbart underrätta regementschefen eller motsvarande chef om skada som han blivit underrättad om eller på annat sätt har fått kännedom om.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2013.

11 Förslag till förordning om ändring i delgivningsförordningen (1979:101)

Härigenom föreskrivs att 8 § delgivningsförordningen (199:101) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 §¹²

- Stämmningsmannadelgivning med den som är intagen i
- en kriminalvårdsanstalt,
 - ett häkte,
 - en sådan enhet som avses i 6 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och i 5 § lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning,
 - ett sådant hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *eller ett sådant hem som avses i 22 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall* bör ske genom en tjänsteman vid anstalten. Bestämmelserna i 6 § gäller i tillämpliga delar. Delgivningshandlingarna *skall* sändas till anstalten.
- en sådan enhet som avses i 6 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och i 5 § lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, *eller*
- ett sådant hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga bör ske genom en tjänsteman vid anstalten. Bestämmelserna i 6 § gäller i tillämpliga delar. Delgivningshandlingarna *ska* sändas till anstalten.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2013.

¹² Senaste lydelse 2006:668.

12 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1981:1370) om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter

Härigenom föreskrivs att 2 § förordningen (1981:1370) om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §¹³

Varje socialnämnd *skall* lämna uppgifter till Socialstyrelsen om enskilda som varit föremål för nämndens åtgärder i fråga om

a) ekonomiskt bistånd som lämnats enligt 4 kap. 1 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453) och ekonomisk hjälp i annat fall,

b) annat bistånd enligt 4 kap. 1 § första stycket socialtjänstlagen som avser insatser till äldre och personer med funktionshinder samt de avgifter som debiterats för sådana insatser,

c) förordnande av kontaktperson enligt 3 kap. 6 § tredje stycket socialtjänstlagen,

d) vistelse i familjehem och i hem för vård eller boende samt den ersättning som utgivits av kommunen för vård och fostran av barn i familjehem,

e) åtgärder enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,

f) åtgärder enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,

g) introduktionsersättning enligt lagen (1992:1068) om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2013.

¹³ Senaste lydelse 2006:95.

13 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1990:893) om underrättelse om dom i vissa brottmål, m.m.

Härigenom föreskrivs att 20 §¹⁴ förordningen (1990:893) om underrättelse om dom i visa brottmål ska upphöra att gälla vid utgången av december 2012.

¹⁴ Senaste lydelse 1995:978.

14 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1134) om belastningsregister

Härigenom föreskrivs att 11 § förordningen (1999:1134) om belastningsregister ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 §¹⁵

Uppgifter ur belastningsregistret om brott som föranlett någon annan påföljd än penningböter ska lämnas ut om det begärs av

1. Justitiekanslern, i fråga om den som ansöker om ersättning enligt lagen (1998:714) om ersättning vid frihetsberövanden och andra tvångsåtgärder,

2. Högskolans avskiljandenämnd, i fråga om den som nämnden vid prövning enligt högskolelagen (1992:1434) överväger att avskilja från utbildningen,

3. Arbetsförmedlingen, för utredning i ärenden om kallelse till ny tjänstgöring av vapenfri tjänst, i fråga om den som ärendet gäller,

4. Riksbanken, i fråga om den som banken avser att anställa som bevaknings- eller transportpersonal,

5. en statlig, kommunal eller landstingskommunal myndighet som beslutar om anställning av personal inom psykiatrisk sjukvård, vård av utvecklingsstörda, vård av barn och ungdom eller tvångsvård av missbrukare, i fråga om den som myndigheten avser att anställa eller anlita som uppdragstagare,

5. en statlig, kommunal eller landstingskommunal myndighet som beslutar om anställning av personal inom psykiatrisk sjukvård, vård av utvecklingsstörda eller vård av barn och ungdom, i fråga om den som myndigheten avser att anställa eller anlita som uppdragstagare,

6. Lotteriinspektionen, i fråga om den som myndigheten

a) vid prövning enligt lotterilagen (1994:1000) överväger att ge tillstånd att få anordna roulettspel, tärningsspel och kortspel, eller

b) vid prövning enligt lagen (1982:636) om anordnande av visst automatspel överväger att ge tillstånd,

¹⁵ Senaste lydelse 2010:1637.

7. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap eller en kommun, i fråga om den som myndigheten eller kommunen enligt lagen (2010:1011) om brandfarliga och explosiva varor vid lämplighetsprövning överväger att ge tillstånd eller godkänna som föreståndare,

8. en socialnämnd, i ärenden om adoption, vårdnad om barn, barns boende, umgänge med barn, medgivande att ta emot barn m.m. enligt 5 kap. 2 § och 6 kap. 6–10 och 12–16 §§ socialtjänstlagen (2001:453) samt åtgärder enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *eller lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*,

8. en socialnämnd, i ärenden om adoption, vårdnad om barn, barns boende, umgänge med barn, medgivande att ta emot barn m.m. enligt 5 kap. 2 § och 6 kap. 6–10 och 12–16 §§ socialtjänstlagen (2001:453) samt åtgärder enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,

9. Transportstyrelsen, i fråga om den som myndigheten vid lämplighetsprövning

a) enligt luftfartslagen (2010:500) och luftfartsförordningen (2010:770) överväger att ge certifikat eller tillstånd, eller

b) enligt 4 § lagen (1990:1157) om säkerhet vid tunnelbana och spårväg eller 3 kap. 2–4, 6 och 8 §§ järnvägslagen (2004:519) överväger att ge tillstånd,

11. en kommunal myndighet, i ärenden om serveringstillstånd enligt alkohollagen (2010:1622), i fråga om den som ärendet gäller,

12. Läkemedelsverket, i fråga om den som myndigheten överväger att ge tillstånd enligt 2 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel, lagen (1992:860) om kontroll av narkotika eller förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektions-sprutor och kanyler,

13. Kronofogdemyndigheten, för utredning i ärenden enligt skuldsaneringslagen (1994:334), i fråga om den som ärendet gäller,

14. Brottsoffermyndigheten, för utredning i ärenden enligt brottsskadelagen (1978:413), samt

15. en överförmyndare eller överförmyndarnämnd, i ärenden om förmynderskap, godmanskap eller förvaltarskap, i fråga om den som överförmyndaren eller nämnden avser att utse eller avser att föreslå att rätten utser till förmyndare, god man eller förvaltare.

Sådana uppgifter som avses i 3 § 3–5 lagen (1998:620) om belastningsregister får inte lämnas till en myndighet som har rätt att få uppgifter enligt denna paragraf. En socialnämnd har dock rätt till uppgift om åklagares beslut om åtalsunderlåtelse samt om besöksförbud.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2013.

15 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1135) om misstankeregister

Härigenom föreskrivs att 4 § förordningen(1999:1135) om misstankeregister ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §¹⁶

Uppgift om misstanke om brott för vilket åtal har väckts, ska lämnas om det begärs av

1. Justitiekanslern, i fråga om den som ansöker om ersättning enligt lagen (1998:714) om ersättning vid frihetsberövanden och andra tvångsåtgärder,

2. Kriminalvården, i fråga om den som myndigheten avser att anställa eller anlita som

a) övervakare,

b) förtroendeman enligt lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål, m.m. eller förordningen (1974:248) om kriminalvård i anstalt,

c) personutredare enligt lagen om särskild personutredning i brottmål, m.m.,

d) biträde enligt 6 § andra stycket lagen (1994:451) om intensivövervakning med elektronisk kontroll, eller

e) kontrollör enligt 3 kap. 4 § förordningen (1998:642) om verkställighet av frivårdspåföljder,

3. Kriminalvården, när uppgiften behövs för prövning av en fråga enligt lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl., lagen om intensivövervakning med elektronisk kontroll eller lagen om särskild personutredning i brottmål,

4. Kriminalvårdsnämnden, när uppgiften behövs för prövning av en fråga om villkorlig frigivning,

5. en övervakningsnämnd eller Kriminalvården, i ärenden om övervakning, i fråga om den som ärendet gäller,

6. Riksbanken, i fråga om den som banken avser att anställa som bevaknings- eller transportpersonal,

¹⁶ Senaste lydelse 2010:1639.

7. en sådan statlig, kommunal eller landstingskommunal myndighet som beslutar om anställning av personal inom psykiatrisk sjukvård, vård av utvecklingsstörda, vård av barn och ungdom *eller tvångsvård av missbrukare*, i fråga om den som myndigheten avser att anställa eller anlita som uppdragstagare,

7. en sådan statlig, kommunal eller landstingskommunal myndighet som beslutar om anställning av personal inom psykiatrisk sjukvård, vård av utvecklingsstörda *eller* vård av barn och ungdom, i fråga om den som myndigheten avser att anställa eller anlita som uppdragstagare

8. Lotteriinspektionen, i fråga om den som myndigheten

a) vid prövning enligt lotterilagen (1994:1000) överväger att ge tillstånd att få anordna roulettspel, tärningsspel och kortspel, eller

b) vid prövning enligt lagen (1982:636) om anordnande av visst automatspel överväger att ge tillstånd,

9. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap eller en kommun, i fråga om den som myndigheten eller kommunen enligt lagen (2010:1011) om brandfarliga och explosiva varor vid lämplighetsprövning överväger att ge tillstånd eller godkänna som föreståndare,

10. en socialnämnd, i ärenden om adoption, vårdnad om barn, barns boende, umgänge med barn, medgivande att ta emot barn m.m. enligt 5 kap. 2 § och 6 kap. 6–10 och 12–16 §§ socialtjänstlagen (2001:453) samt åtgärder enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *eller lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*,

10. en socialnämnd, i ärenden om adoption, vårdnad om barn, barns boende, umgänge med barn, medgivande att ta emot barn m.m. enligt 5 kap. 2 § och 6 kap. 6–10 och 12–16 §§ socialtjänstlagen (2001:453) samt åtgärder enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,

11. Transportstyrelsen, i fråga om den som myndigheten vid lämplighetsprövning

a) enligt luftfartslagen (2010:500) och luftfartsförordningen (2010:770) överväger att ge certifikat eller tillstånd, eller

b) enligt 4 § lagen (1990:1157) om säkerhet vid tunnelbana och spårväg eller 3 kap. 2–4, 6 och 8 §§ järnvägslagen (2004:519) överväger att ge tillstånd,

12. Finansinspektionen, i fråga om den som myndigheten vid lämplighetsprövning av större ägare enligt försäkringsrörelselagen (1982:713), lagen (2002:149) om utgivning av elektroniska pengar, lagen (2004:46) om investeringsfonder, lagen (2004:297) om bank- och finansieringsrörelse eller lagen (2007:528) om värdepappersmarknaden överväger att ge tillstånd,

13. chefen för Finansdepartementet eller den han eller hon bemyndigar, för utredning i ärenden om sådan lämplighetsprövning som avses i 12 i fråga om den som ärendet gäller såvitt avser banker och försäkringsbolag,

14. Fastighetsmäklarnämnden, i fråga om den som myndigheten vid lämplighetsprövning enligt fastighetsmäklarlagen (1995:400) överväger att registrera som fastighetsmäklare,

15. Kammarkollegiet, i fråga om den som myndigheten vid prövning enligt förordningen (1985:613) om auktorisation av tolkar och översättare avser att auktorisera,

16. Revisorsnämnden, i fråga om den som myndigheten vid lämplighetsprövning enligt revisorslagen (2001:883) överväger att godkänna eller auktorisera,

17. Skatteverket, för prövning av upplagshavare, skatteupplag och registrerade varumottagare enligt lagen (1994:1563) om tobaksskatt, lagen (1994:1564) om alkoholskatt eller lagen (1994:1776) om skatt på energi, skattebefriade förbrukare enligt lagen om alkoholskatt eller lagen om skatt på energi samt lagerhållare enligt lagen om tobaksskatt, lagen om skatt på energi eller lagen (1984:409) om gödselmedel,

18. Totalförsvarets rekryteringsmyndighet och Försvarmakten, i fråga om dels totalförsvarspliktiga som skrivs in eller är inskrivna för värnplikt enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt, dels de som Försvarmakten avser att anta eller som är antagna till militär utbildning inom myndigheten,

19. Försvarmakten, i fråga om den som myndigheten avser att anställa för tjänstgöring i internationella militära insatser,

20. Läkemedelsverket, i fråga om den som myndigheten överväger att ge tillstånd enligt 2 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel, lagen (1992:860) om kontroll av narkotika eller förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler,

21. Kronofogdemyndigheten, för utredning i ärenden enligt skuldsaneringslagen (1994:334), i fråga om den som ärendet gäller, samt

22. Riksgäldskontoret, i fråga om den som myndigheten överväger att betala ut ersättning till enligt lagen (1999:158) om investerarskydd.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

16 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2000:836) om Schengens informationssystem

Härigenom föreskrivs att 5 § förordningen (2000:836) om Schengens informationssystem ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

En framställning enligt 3 § 4 lagen (2000:344) om Schengens informationssystem om tillfälligt omhändertagande av en person med hänsyn till dennes eller någon annans säkerhet får registreras i SIS, om det finns ett beslut om omhändertagande enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, *lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall* eller lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Föreslagen lydelse

5 §

En framställning enligt 3 § 4 lagen (2000:344) om Schengens informationssystem om tillfälligt omhändertagande av en person med hänsyn till dennes eller någon annans säkerhet får registreras i SIS, om det finns ett beslut om omhändertagande enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2013.

Kommittédirektiv



Översyn av missbruks- och beroendevården

Dir.
2008:48

Beslut vid regeringssammanträde den 24 april 2008

Sammanfattning av uppdraget

Utredaren ska se över bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård när det gäller missbruks- och beroendevård samt lämna förslag till de förändringar som bedöms nödvändiga för att anpassa lagstiftningen till utvecklingen inom området. Målet ska vara en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård utifrån den enskildes behov. I uppdraget ingår att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården kan tydliggöras. Utredaren ska även överväga eventuella behov av förändringar i lagstiftningen och ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen för att säkerställa att personer med missbruk eller beroende får de insatser som de behöver. Utredaren ska även se över hur ansvaret för tillnyktringsverksamheter enligt lagen (1976:516) om omhändertagande av berusade personer m.m. bör organiseras för att säkerställa att den som omhändertagits får en adekvat tillsyn och omvårdnad.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 november 2010.

Bakgrund

Ansvaret för missbruks- och beroendevården vilar på flera huvudmän. Socialtjänstlagen (2001:453) ger kommunerna huvudansvaret när det gäller missbruks- och beroendevård genom att ange att socialnämnden aktivt ska verka för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Socialtjänsten ger också stöd till bl.a. boende,

sysselsättning och försörjning. Landstingen har skyldighet att tillgodose behovet av medicinska och psykiatriska insatser så som bl.a. abstinensbehandling och läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk. Detta sker vanligen vid beroendekliniker eller psykiatriska kliniker i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för den vård som ges utan den enskildes samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall samt vård av unga enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Även kriminalvården har en viktig uppgift då en stor del av de intagna har missbruksproblem. Länsstyrelserna utövar tillsyn och stödjer utvecklingsarbete när det gäller kommunernas missbruksvård. Socialstyrelsen ansvarar för tillsynen över hälso- och sjukvården och har även ett övergripande ansvar för tillsyn av socialtjänsten och för den generella kunskapsutvecklingen inom området.

Missbruks- och beroendevårdens utveckling

Antalet personer med tungt alkohol- eller narkotikamissbruk i Sverige beräknas uppgå till cirka 100 000. Alkoholmissbruket dominerar och bland dem med tungt missbruk utgör 75 procent män. Det beräknade antalet personer med tungt narkotikamissbruk uppgår till drygt 25 000. Bland personer med narkotikamissbruk är medelåldern lägre, knappt 40 år jämfört med drygt 50 år bland personer med alkoholmissbruk. Andelen kvinnor är högre bland personer med narkotikamissbruk och uppgår till 35 procent. En trend som kan ses i såväl Sverige som internationellt är att blandmissbruket ökar. Det finns samband mellan tungt missbruk och social utslagning såsom hemlöshet, arbetslöshet och skuldsättning samt både fysisk och psykisk sjukdom. Personer som har alkohol- eller narkotikaproblem har en klart ökad risk för psykiska sjukdomar.

Bruket av alkohol har ökat i Sverige och enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning har årskonsumtionen under den senaste femårsperioden uppgått till cirka tio liter ren alkohol per person 15 år och äldre, vilket historiskt sett är en mycket hög nivå. Enligt den nationella folkhälsoenkäten 2006 hade 9 procent av kvinnorna och 17 procent av männen riskabla alkoholvanor.

Missbruk är ett folkhälsoproblem som inte bara drabbar den missbrukande personen utan i hög grad även hans eller hennes familj. Barnen är särskilt utsatta. Att inte bara fokusera på den miss-

brukande personen, utan att även se och möta hans eller hennes barns och andra närståendes behov har stor betydelse för att skapa en helhetssyn på missbrukets konsekvenser. Missbruket har även samhällseliga konsekvenser i form av bland annat våld, brottslighet och sjukskrivningar.

Missbruks- och beroendevård i förändring

Under den senaste femårsperioden har antalet personer i den frivilliga dygnsvården minskat och antalet personer med öppenvårdsinsatser ökat. Kunskapen om läkemedelsassisterad behandling har ökat, men tillgången till sådan behandling är begränsad i vissa delar av landet. Många kommuner arbetar för att skapa en sammanhållen vårdkedja och insatserna utformas i högre utsträckning för att möta olika gruppers specifika behov. Samtidigt har personer med både missbruksproblem och psykisk sjukdom svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda. Detsamma gäller våldsutsatta kvinnor med missbruk, unga personer med missbruk samt äldre personer med tungt missbruk.

Aktuell forskning visar att socialt väletablerade personer med lindrigare missbruksproblem inte alltid nås av stöd- och vårdinsatser eller är tveksamma till att söka vård och att få av dem vänder sig till socialtjänsten för att få stöd. Stora resurser läggs däremot på en relativt liten grupp personer med omfattande sociala och psykiska problem, som återkommer gång på gång. Insatserna måste utgå från dokumenterad kunskap och klientens behov och önskemål snarare än att, vilket fortfarande är vanligt, styras av ideologi, ekonomi och "tradition".

Behovet av en översyn av missbruks- och beroendevården

Missbruks- och beroendevården är ett komplext område som befinner sig i ett intensivt utvecklingsskede. Kunskapsutvecklingen på området ger förutsättningar för att åtgärder och insatser i allt högre utsträckning ska kunna ge faktiska och hållbara resultat. Samtidigt återstår mycket att göra. Ny kunskap om vård- och behandlingsformer, behoven av samverkan och samarbete mellan olika vårdgivare samt värdet av att sätta individen och hans eller hennes behov i

centrum ställer krav på en lagstiftning som förmår skapa goda förutsättningar för en önskvärd utveckling.

Ansvar är fördelat på olika huvudmän

Ansvar för missbruks- och beroendevården åvilar i dag såväl kommuner som landsting. Sverige har till skillnad från de flesta andra länder definierat missbruk som en social fråga. Kommunerna har genom socialtjänstlagen huvudansvaret för att personer med missbruk får den vård, behandling och det stöd de behöver. Även om huvudinriktningen är en drogfri behandling har missbruks- och beroendevården kommit att bli alltmer medicinskt orienterad. Landstinget har genom hälso- och sjukvården också ansvaret för och skyldighet att tillhandahålla vård och behandling för missbruk och beroende och därmed relaterade somatiska och psykiatriska problem. Detta överlappande ansvar mellan olika huvudmän har länge orsakat problem. Konsekvensen har ofta blivit att den enskilde fallit mellan stolarna.

Personer med tungt missbruk har särskilda behov av uthålliga, kvalificerade och integrerade insatser från såväl socialtjänst som beroendevård. Uppdelningen på två huvudmän, som var och en har sitt lagstadgade kompetensområde, och sektoriseringen av verksamheterna är erfarenhetsmässigt ett stort hinder för en optimal användning av tillgängliga resurser i form av pengar och kompetens, samtidigt som det allvarligt försvårar tillgänglighet till dokumenterat effektiva behandlingsformer och kontinuitet ur den enskildes perspektiv. Det finns starka skäl för att se över ansvarsfördelningen mellan de olika huvudmän som har ansvar inom området. När det gäller personer med tungt missbruk som lett till social utslagning – kanske i storleksordningen 100 000 personer – bör sjukvårdens inflytande stärkas genom en mer långtgående samverkan mellan beroendevård, psykiatri och socialtjänstens missbruksvård.

Narkotikakommissionen betonade i sitt slutbetänkande (SOU 2000:126) kommunernas ansvar för att ta fram lokala drogstrategier som skulle ange mål men också behov och överenskommelser med andra huvudmän. Det skulle bl.a. inkludera behovet av avgiftningsplatser och stöd från den psykiatriska vården. Resonemanget utgick också från att kommunen var den naturliga parten för kontakter med andra huvudmän så som kriminalvården, men

också gentemot frivilligorganisationerna. Vidare ligger huvudansvaret för det förebyggande arbetet på kommunerna.

Enligt regeringens uppfattning finns det nu skäl att se över lagstiftningen på området. Det handlar bl.a. om att tydliggöra huvudmännens ansvar och uppdrag och även överväga eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Målet måste vara att rätt vårdgivare ger rätt insats vid rätt tidpunkt. Eftersom behoven av vård och stöd varierar från dem med riskbruk till dem med tungt missbruk i kombination med annan sjuklighet finns stor risk både för att personer hamnar mellan stolar och för dubbelarbete eller ineffektivt resursanvändande.

Det finns brister i samordningen

Samordning och samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården har fortfarande, trots en rad åtgärder för att förbättra samarbetet, mycket stora brister. Framför allt råder oklarhet om var den ekonomiska ansvarsfördelningen går och praxis varierar stort mellan olika landsting och kommuner. Det förekommer att kommuner betalar landstinget för t.ex. metadonbehandling för personer med narkotikamissbruk. Dessutom är kunskapen om såväl nyttan som riskerna med läkemedelsassisterad behandling inom hälso- och sjukvården för både narkotika och alkoholmissbruk mycket olika utvecklad över landet. Tillgången till sådan vård med specialistkompetens är i dag på många håll bristfällig. Abstinensbehandling är ett annat område där det råder stor oklarhet om ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. Personer med tungt missbruk har inte sällan samsjuklighet, dvs. vid sidan av missbruket finns även en psykisk sjukdom. Det finns i dag omfattande evidens för att missbruk och psykisk sjukdom ska behandlas samtidigt i samordnade former, vilket också framgår av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Dessa personer bollas dock fortfarande ofta mellan socialtjänsten och psykiatri inte minst när det är frågan om tvångsinsatser enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Ofta får missbruk svåra sociala konsekvenser som t.ex. hemlöshet.

Erfarenheten visar att det i hög grad är samma klienter med tungt missbruk som rör sig mellan de olika huvudmännen inom missbruksvården och kriminalvården. Därför måste framtida analyser av samhällets insatser mot narkotika- och alkoholmissbruk utgå från en

helhetsbild som innefattar såväl socialtjänstens, Statens institutionsstyrelses, hälso- och sjukvårdens som kriminalvårdens verksamheter på området.

Den behandling som ges inom ramen för kriminalvården kan heller inte ses isolerat. För att förhindra återfall i såväl missbruk som brott och för att underlätta klientens återanpassning i samhället har han eller hon ofta behov av omfattande stöd- och hjälpinsatser – inte sällan missbruks- och beroendevård – också efter det att kriminalvården upphört. Det är därför nödvändigt med samverkan för att åstadkomma fungerande vårdkedjor för missbrukare allt i enlighet med normaliseringsprincipen. Därför bör kriminalvårdens roll och möjlighet att i samverkan med huvudmännen inom missbruks- och beroendevården kunna stärka samarbetet för att klienterna ska erbjudas och slutföra en adekvat behandling belysas.

Regeringens satsning på vården har fått resultat

De preliminära resultaten från regeringens satsning på en förstärkt vårdkedja i samband med LVM-vården visar att fler personer fått vård enligt LVM och att denna vård givit goda resultat. Detta kan betyda att det i dag finns ett glapp mellan vård som ges med respektive utan samtycke och att försöken med vårdkedjor bidragit till att minska detta glapp. Det kan därför finnas skäl att överväga om en mer integrerad lagstiftning med en närmare koppling mellan frivillighet och tvång liksom mellan vård i öppna och slutna former kan bidra till en mindre ryckig och mer kontinuerlig vård för personer med tungt missbruk och behov av omsorg, psykiatrisk vård och insatser för att komma ur hemlöshet. Detsamma gäller vårdformer för äldre personer som har missbruksproblem och är i behov av omsorg eller omvårdnad. På psykiatris område har regeringen föreslagit ändringar i lagstiftningen som innebär ökade möjligheter att inom ramen för tvångsvården ge patienten nödvändig vård i öppna former, bl.a. i syfte att underlätta utslussning från tvångsvården (prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården).

Personer med riskbruk eller missbruk är i dag svåra att nå och få vänder sig till socialtjänsten för att få hjälp mot sitt missbruk eller beroende. Detsamma gäller personer med ett läkemedelsberoende. Blandmissbruket ökar alltmer och allt färre har ett renodlat alkohol- eller narkotikamissbruk. Människor med riskbruk eller begynnande missbruk vänder sig snarare till primärvården än tar kontakt med

kommunens socialtjänst för hjälp. Det finns därför skäl att överväga hur dessa grupper kan få effektivare och bättre hjälp.

Kommunerna har olika förutsättningar att lämna vård

Argument för behovet av att se över ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting när det gäller missbruksvården kan också resas utifrån det stora antalet små kommuner i landet som ofta har så knappa resurser att det inte är möjligt att i socialtjänstens regi bygga upp den kompetens som behövs för en effektiv missbruksvård. Kanske finns det inte heller ett kontinuerligt behov som försvarar en sådan uppbyggnad. I betänkandet Personer med tungt missbruk (SOU 2005:82) visas att små kommuner av naturliga skäl saknar specialiserade enheter för missbruksvård. Likaså anges bristen på resurser och kompetens inom missbruksvården vara större bland de mindre kommunerna. Ett sätt att motverka detta problem torde vara att små kommuner samverkar kring mer specialiserade enheter. Socialstyrelsen visar dock i en rapport om kvalitetsutvecklingen i missbruks- och beroendevården att utvecklingen snarare är den motsatta. Små kommuner samverkar i mindre utsträckning än kommuner med stort befolkningsunderlag.

Vårdmodeller i Danmark och Norge

Möjligheter och förutsättningar för att inom missbruks- och beroendevården kunna ge rätt insats från rätt vårdgivare vid rätt tidpunkt bör också belysas och övervägas vid en översyn. Detta är särskilt angeläget för personer med missbruk och samtidigt psykisk sjukdom, vilket behandlas i Nationell psykiatrisamordnings betänkande Ambition och ansvar (SOU 2006:100). I Danmark har t.ex. en garanti för social behandling av personer som missbrukar narkotika införts från och med den 1 januari 2003 genom en ändring av lagen om social service. Sedan den 1 juli 2005 gäller motsvarande garanti för personer med alkoholmissbruk. Lagen innebär en skyldighet för amtskommunen (motsvarande de svenska landstingen) att erbjuda en social behandlingsinsats som ska sättas i verket senast 14 dagar efter att den enskilde anmält sin önskan om behandling. Den enskilde har också i princip ett fritt val såtillvida att hon eller han kan välja att genomgå behandlingen var som helst i Danmark.

I Norge har den specialiserade sjukvården fått huvudansvaret för vården av personer med tungt missbruk och dessa personer omfattas

där av lagstiftade patienträttigheter inom hälso- och sjukvården. Den norska Rusreformen som trädde i kraft 2004 syftar bl.a. till att personer med tungt missbruk ska få bättre sjukvård, mer heltäckande och individualiserade insatser samt ökad mångfald i utbudet. Huvudansvaret för missbruksvården inklusive behandlingsinstitutionerna har förts över från socialtjänsten till den specialiserade hälso- och sjukvården. Det innebär bl.a. att läkare numera kan remittera personer med missbruksproblem till specialiserade behandlingsinstitutioner. Dessa personer får då samma lagstadgade rättigheter som andra patienter inom hälso- och sjukvården, som t.ex. rätt till en utredning inom 30 dagar om nödvändig sjukvård på grund av missbruket.

Denna norska modell bör studeras närmare. Här har man organisatoriskt försökt lösa samverkans- och samarbetsproblem mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, som i Norge liksom i Sverige har varit ett stort hinder för en effektiv missbruksvård. Förändringen kan kort beskrivas som att Norge har omdefinierat behandlingen av personer med missbruk från att vara en socialtjänstuppgift som förutsätter vissa medicinska stödtjänster till att bli ett hälso- och sjukvårdsansvar som backas upp med socialt arbete. Vid en översyn av missbruks- och beroendevården bör erfarenheterna från Norges förändring av ansvarsfördelningen belysas.

En särskild fråga gäller omvårdnaden om de personer som omhändertagits enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB). Lagen innebär att den som anträffas så berusad av alkoholdrycker eller annat berusningsmedel att han eller hon inte kan ta hand om sig själv eller utgör en fara för sig själv eller någon annan får omhändertas av en polisman. När lagen trädde i kraft år 1977 var tanken att den skulle skapa en grundval för ett nytt förhållningssätt vad gäller omhändertagande och behandling av personer som påträffats berusade. En försöksverksamhet med särskilda tillnyktringsenheter inleddes som avsågs ersätta förvaringen i polisarrest. Utvecklingen gick emellertid inte den väg som lagstiftaren tänkte sig och huvudregeln är i dag fortfarande att de som omhändertas förvaras för tillnyktring hos polisen. Frågan om omhändertagande av berusade personer enligt LOB har varit föremål för överväganden vid ett par tidigare tillfällen, bl.a. av polisverksamhetsutredningen (Polisverksamhet i förändring – del 2, slutbetänkande av polisverksamhetsutredningen, SOU 2002:117). Gemensamt för de överväganden som gjorts har varit att huvudansvaret för tillnyktring i samband med omhänder-

tagande enligt LOB inte längre bör ligga på polisen utan överförs till en annan huvudman som har möjligheter att åstadkomma ett bättre socialt och medicinskt omhändertagande samtidigt som polisen avlastas en uppgift som ligger utanför den rent polisiära verksamheten. Inget av förslagen har lett till lagstiftning. Som framgått av det föregående anser regeringen att det nu finns skäl att se över missbruks- och beroendevården och tydliggöra huvudmännens ansvar och uppdrag och även överväga eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen. Mot den bakgrunden är det naturligt att utredaren även bör se över hur ansvaret för tillnyktringsverksamheten enligt LOB bör organiseras för att säkerställa att den som omhändertagits får en adekvat tillsyn och omvårdnad. En utgångspunkt för översynen bör vara att huvudansvaret inte längre ska ligga på polisen.

Uppdraget

Utredaren ska se över bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård när det gäller missbruks- och beroendevård samt lämna förslag till de förändringar som bedöms nödvändiga för att anpassa lagstiftningen till utvecklingen när det gäller vård och behandlingsmetoder. Det ska ingå i uppdraget att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar kan tydliggöras. Utredaren ska även överväga eventuella behov av förändringar i lagstiftningen och ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen för att säkerställa att personer med missbruk eller beroende får de insatser som de behöver. I uppdraget ska även ingå att se över hur ansvaret för tillnyktringsverksamheter enligt LOB bör organiseras för att säkerställa att den som omhändertas en adekvat tillsyn och omvårdnad. Förslagen ska analyseras utifrån ett brukarperspektiv.

Följande frågor ska ingå i översynen:

- Missbruksvården är ett komplext område som befinner sig i ett intensivt utvecklingsskede. Denna utveckling ska beskrivas och behovet av ändring av gällande lagstiftning analyseras. Tänkbara effekter och ekonomiska konsekvenser av en förändring av befintlig lagstiftning och ansvarsfördelning ska belysas.
- De nordiska ländernas missbruks- och beroendevård ska beskrivas och skillnader mot svensk sådan vård analyseras.

- Kommunernas – inte minst de små kommunernas – möjlighet att i dag tillhandahålla kvalificerad och specialiserad missbruks- och beroendevård ska kartläggas och beskrivas.
- Förslag ska lämnas till hur kunskapen om och tillgången till insatser i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet som t.ex. läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk och behandling mot missbruk/beroende av narkotikaklassade läkemedel kan göras tillgänglig i hela landet.
- Ansvaret för insatser till personer med riskbruk, läkemedelsmissbruk/beroende, bruk av dopningsmedel eller blandmissbruk ska tydliggöras och riskerna med läkemedelsassisterad behandling när ett blandmissbruk förekommer belysas.
- Ansvaret för insatser till personer som har både missbruk och psykisk sjukdom ska förtydligas och förslag lämnas till hur effektivare integrerade insatser kan tillhandahållas.
- Kriminalvårdens roll och möjlighet att i samverkan med huvudmännen inom missbruks- och beroendevården kunna stärka samarbetet för att klienterna ska erbjudas en adekvat behandling ska belysas.
- Statens institutionsstyrelses roll och möjligheter att i samverkan få hjälp med insatser från hälso- och sjukvården i sitt behandlingsarbete ska belysas.
- Möjligheter och förutsättningar att inom missbruks- och beroendevården kunna ge rätt insats från rätt vårdgivare vid rätt tidpunkt samt hur man kan bli bättre på att uppmärksamma barn och andra närstående till personer med missbruk och beroende ska belysas.
- Lagstiftningen bör ge utrymme för nya och mer flexibla vårdformer oavsett om vården bedrivs i öppna eller slutna former och oavsett om den ges med eller utan den enskildes samtycke.
- Ansvaret för vårdplanering, upphandling av vårdenheter, kompetensutveckling och uppföljning ska analyseras.
- Utredaren ska analysera om det finns behov av författningsändringar och i så fall lägga fram fullständiga förslag till sådana.

Utöver de frågor som nämns kan det finnas andra närliggande frågor som aktualiseras under utredningsarbetets gång, t.ex. behovet av ändringar av gällande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. Utredaren är oförhindrad att ta upp sådana frågor och lägga fram de förslag som kan anses behövas.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska under arbetet samråda med berörda myndigheter. Utredaren ska även inhämta erfarenheter från brukarorganisationer och andra organisationer verksamma inom missbruksområdet samt med forskare inom området. Utredaren ska också samråda med andra berörda utredningar, bl.a. Utredningen om översyn av bestämmelserna till skydd och stöd för barn och unga i socialtjänstlagen (dir. 2007:168). Regeringen har i budgetpropositionen 2008 aviserat en kommande översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen, vilket delvis även kommer att beröra utredarens arbete.

Om utredarens förslag skulle innebära ökade kostnader för staten respektive kommunerna ska förslag till finansiering lämnas. Om förslagen påverkar kostnader för staten, landstingen och kommunerna ska en beräkning av dessa kostnader redovisas. Förslagets konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474).

Uppdraget ska redovisas senast den 15 november 2010.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till Utredningen om översyn
av missbruks- och beroendevården
(S 2008:04)**

**Dir.
2010:120**

Beslut vid regeringssammanträde den 4 november 2010

Förlängd tid för uppdraget

I enlighet med regeringens bemyndigande den 24 april 2008 tillkallades en särskild utredare med uppdrag att se över missbruks- och beroendevården (S 2008:04) (dir. 2008:48). Utredaren har begärt förlängd tid för uppdraget.

Regeringen beslutar att utredningens uppdrag ska förlängas. Redovisning ska ske senast den 15 april 2011.

(Socialdepartementet)

Expertgrupp

Äldre- och folkhälsoministern Maria Larsson förordnade nedanstående personer att ingå som experter i utredningen från och med den 27 oktober 2008.

Elisabet Aldenberg, departementssekreterare, Socialdepartementet
Gunilla Bergerén, departementssekreterare, Justitiedepartementet
Stefan Borg, verksamhetschef, Stockholms läns landsting
Åsa Elffors, departementssekreterare, Socialdepartementet
Lars Fredriksson, handläggare, Sveriges Kommuner och Landsting
Emil Högberg, departementssekreterare, Finansdepartementet
Kristina Jung, planeringsledare, Göteborgs kommun
Mats Löfving, länspolismästare, Polisen i Östergötlands län
Ulf Malmström, samordnare, Socialstyrelsen
Lars Håkan Nilsson, medicinsk rådgivare, Kriminalvården
Camilla Sköld, handläggare, Sveriges Kommuner och Landsting
Henrik Tiselius, departementssekreterare, Finansdepartementet
Nils Åkesson, utvecklingsdirektör, Statens institutionsstyrelse

Lars Fredriksson entledigades den 20 april 2009
Pär Ödman, förbundsjurist, förordnades som ny företrädare

Emil Högberg entledigades den 20 april 2009
Cecilia Torstensson, departementssekreterare, förordnades som ny företrädare

Åsa Elffors entledigades den 24 mars 2010
Henrik Moberg, departementssekreterare, förordnades som ny företrädare

Emil Högberg entledigades den 13 december 2010
Charlotte Brunlid, departementssekreterare, förordnades som ny företrädare

Henrik Moberg entledigades den 1 januari 2011
Bengt Rönngren, kansliråd, förordnades som ny företrädare

Referensgrupper

Den särskilde utredaren Gerhard Larsson har tillkallat följande forskare respektive organisationer för brukare och yrkesföreträdare för att bistå utredningen under hela utredningstiden.

Forskargruppen

Sven Andreasson, professor, Karolinska institutet
Mats Berglund, professor emeritus, Lunds universitet
Bo Bergman, docent, Läkemedelsverket
Claudia Fahlke, professor, Göteborgs universitet
(Björn Fries, före detta MOB mot narkotika 2009)
Arne Gerdner, professor, Hälsohögskolan i Jönköping
Clara Hellner Gumpert, dekanus, Karolinska institutet
Martinn Grann, professor, Kriminalvården
Annika Nordström, med. dr, Västerbottens läns landsting
Lars Oscarsson, professor, Örebro universitet
Bengt Svensson, professor, Malmö högskola
Ingmar Thiblin, professor, Uppsala universitet
Karin Trulsson, fil. dr
Agneta Öjehagen, professor, Lunds universitet

Brukargruppen

Alna Sverige
Anhöriga mot droger, riksorganisationen
Attention, riksförbundet
Convictus
Dianova Sweden
FAMNA (Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte)
Hassela Solidaritet

Hela människan
FAS-föreningen
Föräldraföreningen mot narkotika, riksförbundet
IOGT-NTO
Kriminellas revansch i samhället, riksorganisationen
Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och
narkotikafrågor
LP-verksamheten
Länkens kamratförbund
Metadonföreningen
Rainbow Sweden
Riksförbundet för hjälp åt narkotika och läkemedelsberoende
Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige
Riksförbundet narkotikafritt samhälle
Riksförbundet för social och mental hälsa
Riksföreningen för alkoholtvättning
Svenskar och invandrade mot droger
Svenska brukarföreningen
Svenska narkomanvårdsförbundet
Svenska nätverket dubbeldiagnos
Verdandi

Yrkesföreträddargruppen

Akademikerförbundet SSR
Cario Maria AB
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
Kommunal
Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor
SKTF
Svensk förening för allmänmedicin
Svenska barnmorskeförbundet
Svenska läkaresällskapet, sektionen för beroendemedicin
Sveriges läkarförbund
Sveriges Psykologförbund

Centrala begrepp

Missbruks- och beroendevård

Med missbruks- och beroendevård avses kommunernas och landstingens samlade insatser för personer som har problem med missbruk eller beroende eller har ett riskabelt bruk av alkohol eller andra droger. Insatser bedrivna av den ideella sektorn liksom privata utförare ingår när de utförs på uppdrag av landsting eller kommun. Staten bedriver viss missbruks- och beroendevård inom tvångsvården enligt LVM (inom socialtjänstens ansvarsområde på uppdrag av kommunerna) samt inom kriminalvården.

Insatser

Insatser omfattar det breda spektrum av individriktade vård-, behandlings- och stödinsatser som kommuner och landsting ansvarar för och som kan erbjudas personer med riskbruk, missbruk eller beroende, samt deras närstående. Inom socialtjänsten omfattas individuellt behovsprövade insatser och service utan biståndsbeslut enligt SoL. Inom hälso- och sjukvården omfattas insatser som erbjuds efter medicinsk utredning och bedömning enligt HSL. Insats används synonymt med åtgärd.

Rådgivning

Med rådgivning avses insatser i form av information och kunskap från en yrkesverksam till en patient eller klient i en specifik fråga som ges vid enstaka tillfällen. Rådgivning omfattar ett vitt spektrum av insatser som syftar till att medvetandegöra den enskilde om riskerna med konsumtion av alkohol eller andra droger. Exempelvis kan rådgivning syfta till att informera en person om att alkohol-

och droganvändningen kan ge upphov till eller försämra ett aktuellt kroppsligt eller psykiatriskt sjukdomstillstånd. Screening och kort intervention ingår i rådgivning. Rådgivning har också som ett viktigt syfte att motivera till behandling. Motivationsarbete kan för att vara framgångsrikt ibland behöva bedrivas under betydande tid. Rådgivning avgränsas från psykosocial behandling genom att kriterierna för behandling inte är uppfyllda.

Tidig upptäckt och intervention

Med tidig upptäckt eller identifikation avses att aktivt uppmärksamma personer på att de använder alkohol eller andra droger på ett riskabelt sätt. Detta kan till exempel ske i samband med samtal kring patientens besvär. För att uppmärksamma fler personer med riskabla alkohol- och drogvänor bör det bedrivas ett systematiskt arbete med stöd av olika instrument för problemidentifiering och problembedömning, bland annat screening med AUDIT eller DUDIT. Detta arbete kan också ske med hjälp av urin- eller blodprov som kan påvisa substansen eller nedbrytningsprodukter av substansen eller indikera belastning av de organsystem som är involverade i att bryta ner substansen.

Med kort intervention avser utredningen korta rådgivande insatser som i första hand syftar till att hindra att ett riskbruk utvecklas till ett mer etablerat missbruk eller beroende. Men det kan också vara korta rådgivande insatser till personer som uppfyller kriterierna för missbruk (skadligt bruk) eller beroende. Ibland har insatsen karaktären att motivera den enskilde till att söka behandling för det aktuella missbruks- eller beroendetillståndet. Kort intervention eller kort rådgivning kan ske med olika motiverande insatser, bland annat motiverande rådgivning (FRAMES) och motiverande samtal (MI).

Tillnyktringsverksamhet

Med tillnyktringsverksamhet avses att bereda akut alkohol- och drogpåverkade personer omvårdnad, viss medicinsk insatsberedskap och någonstans att vistas under en kortare tid medan personen nyktrar till. Utöver grundläggande omvårdnad bör övervak-

ning av vitala funktioner såsom blodtryck och andning samt insatsberedskap vid medvetslöshet eller kramper ingå.

Motiveringsarbete för att personen ska söka hjälp för sina missbruksproblem kan vid behov ingå, liksom sociala insatser för att tillgodose till exempel akuta bostads- och försörjningsproblem. Tillnyktringsverksamhet bör därför ses som en ingång i vård- och stödprocessen som kan kombineras med efterföljande kort intervention, abstinensvård och behandling. Det är dock långt ifrån alla av dem som nyttjar tillnyktringsverksamhet som är i behov av behandling.

Abstinensvård

Med abstinensvård avses lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktioner som uppträder i samband med att intaget av alkohol eller andra droger upphör. Syftet är dels att mildra obehagen för personen och dels att minska riskerna för medicinska komplikationer och ytterst förhindra livshotande komplikationer.

Abstinensvård har tidigare ofta benämnts avgiftning. Den äldre benämningen uppfattas ibland representera en förlegad syn att det i huvudsak handlar om förvaring under den tid drogen elimineras ur kroppen. I dag har abstinensvård normalt tydliga medicinska inslag, till exempel i form av behandling med läkemedel. Detta gäller i synnerhet komplicerad abstinensvård som bedrivs i slutenvård. Omhändertagande av psykiatrisk och somatisk samsjuklighet är en väsentlig del av abstinensvården. Mycket abstinensvård i slutenvård består dock i första hand av omvårdnad och saknar inslag av egentlig behandling. Abstinensvård är därför att föredra framför den i dag vanligt förekommande benämningen abstinensbehandling. Abstinensvård som en benämning som ska inkludera både omvårdnad och viss behandling är också i linje med den utveckling som innebär att tillnyktringsverksamhet och abstinensvård tenderar att flätas samman.

Behandling

Med behandling avses generellt åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Inom missbruks- och beroendevården avses med behandling

systematiska och teoretiskt grundade metoder som används för att hjälpa människor att komma ifrån sitt missbruk eller beroende, eller minska de negativa konsekvenserna av ett fortgående bruk. Närmare bestämt ska insatser uppfylla fyra kriterier för att klassificeras som behandling. Metoderna ska ha stöd i forskning (evidenskriteriet). Insatserna ska syfta till att avhjälpa eller lindra konsekvenserna av missbruksproblemet (intensionskriteriet). Den som utför behandlingen ska ha den kompetens som krävs (kompetens-kriteriet). Behandlingen ska bedrivas i ett sammanhang som är avsett för behandling (kontextkriteriet).

Läkemedelsbehandling

Med läkemedelsbehandling avses farmakologisk behandling som syftar till att underlätta abstinensfasen och minska risken för återfall i missbruk. För beroende av alkohol och opiater finns specifika läkemedel. I övrigt används läkemedel för symtomatisk behandling. Läkemedelsbehandling av vissa vanliga samsjukliga tillstånd eller abstinensbetingade tillstånd ingår.

I begreppet läkemedelsbehandling ingår även den instruktion och information till patienten som behövs för att han eller hon ska kunna använda läkemedlet på ett ändamålsenligt och säkert sätt, liksom uppföljningen av resultaten av läkemedelsbehandlingen. Utredningen inkluderar därför även provtagning (urinprov, blodprov, salivprov etc.) för drogkontroll till begreppet läkemedelsbehandling, liksom utredning av till exempel lever- och njurfunktion som kan behövas inför val av läkemedelsbehandling.

Psykosocial behandling

Med psykosocial behandling avses generellt behandling i form av verbal och icke verbal kommunikation. Psykosocial behandling inom missbruks- och beroendevården avser behandling som utöver de fyra allmänna kriterierna för behandling dessutom är inriktad mot den enskildes psykosociala livssituation samt avser påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar.

På insatsnivån omfattar psykosocial behandling psykoterapier av olika slag, till exempel psykodynamiska, kognitivt beteendeorienterade och motivationsinriktade terapier, som kan ges både enskilt

och i grupp. Även metoder som är framför allt omlärande eller utbildande (edukativa) ingår, liksom familjeterapi. Motiverande samtal är en samtalsmetodik som är användbar inom motivationsarbete och i samband med behandling. Så kallad motivationell behandling (korttidsterapi besläktad med kognitiv beteendeterapi) tillhör de psykosociala behandlingarna. Tolvstegsbehandling, vilken har en sammansatt karaktär med inslag av både gruppsamtal och edukativa moment, är också ett exempel på psykosocial behandling.

Stöd

Med stöd avses biståndsbedömda stödinsatser till boende, sysselsättning och försörjning enligt SoL. Stöd till boende omfattar insatser för att stödja i boende, eller stöd till att anskaffa och vidmakthålla ett fungerande boende. Insatserna omfattar ett spektrum av åtgärder från boendetrappor, via olika vårdkedjemodeller, till bostad först. Stöd till sysselsättning omfattar olika insatser för att skapa meningsfull sysselsättning till personer som saknar arbete eller inte bedriver studier. Stöd till försörjning avser ekonomiskt bistånd till försörjning och livsföring i övrigt.

Psykosocialt stöd

Med psykosocialt stöd avses mer specifika insatser som syftar till att stabilisera och vidmakthålla individens livssituation vid missbruk eller beroende. Insatserna fokuserar på den sociala och psykosociala situationen snarare än på den psykologiska (intrapsykiska). Det finns givetvis en starkt samspel mellan till exempel upplevd psykologisk balans och att befinna sig i en positivt upplevd social situation.

Insatsmässigt omfattar psykosocialt stöd till exempel insatser som syftar till att stärka självkänslan, underlätta social samvaro och kamratstöd, organisera livet utan droger, återanpassning till samhället efter institutionsvård eller kriminalvård, förebygga återfall och motivera. Även arbetsrehabiliterande insatser ingår, liksom mer generell social träning. Vidare omfattar psykosocialt stöd insatser som i första hand syftar till att begränsa skadorna av ett fortgående missbruk, till exempel boende- och sysselsättningsinsatser utan krav på drogfrihet.

Psykosocialt stöd avgränsas från psykosocial behandling genom att kriterierna för behandling inte är uppfyllda.

Psykosocialt stöd kan och bör i likhet med behandling förmedlas systematiskt och kunskapsbaserat, och inflödet av metodik från olika behandlingstraditioner är betydande. Att psykosocialt stöd ibland kan bedrivas med inspiration eller vissa mindre inslag av kognitiv beteendeterapi eller tolvstegbehandling innebär dock inte att stödet uppfyller kraven för att klassificeras som behandling.

Stöd till närstående

Stöd till närstående till personer med riskabelt bruk, missbruk eller beroende omfattar till exempel insatser i form av stödgruppsverksamhet för barn med missbrukande föräldrar, enskilt samtalsstöd, kontaktperson och kontaktfamilj. Stöd till närstående kan vara relevant även efter det att en person med riskabelt bruk, missbruk eller beroende upphört med den problematiska alkohol- och droganvändningen.

Utredning och bedömning

Med utredning avses kartläggning av önskemål och behov hos en individ med identifierade problem. Till utredningen hör att dokumentera individens tidigare historia, sociala och medicinska omständigheter samt eventuella tidigare insatser och resultaten av dessa. Inom hälso- och sjukvårdens förs patientjournal och inom socialtjänsten förs socialregister. Det finns också särskilda kompletterande instrument för att kartlägga och dokumentera exempelvis debutålder, konsumtionsmängder och i vilka situationer som drogen använts. I Sverige används standardiserade instrument inom missbruks- och beroendevården, i första hand ASI och DOK. I många fall behöver också utredningen kompletteras med diagnostisk psykiatrisk värdering och bedömning av funktionsnivå. Bedömningarna bör för att vara tillförlitliga göras när individen har återhämtat sig från alkohol- och drogabstinensen, och kan behöva upprepas.

Med bedömning avses att beskriva alkohol- och drogproblemen i termer av diagnos och vårdbehov, väga samman bästa åtgärder och individens egna önskemål, samt att formulera förslag till åtgärder.

Planering och uppföljning

Med planering avses den aktivitet som yrkesverksamma tillsammans med klienten eller patienten och ibland hans eller hennes närstående utför för att bestämma hur insatserna ska utformas. Formulering av mål på kort och lång sikt underlättar uppföljning av resultaten av vidtagna åtgärder.

Med uppföljning avses en aktivitet som görs för att utifrån planen följa upp individens situation och vård-, behandlings- och stödinsatsernas effekt. Det är viktigt att dokumentera erfarenheterna från tidigare insatser vid uppdatering av planering och val nya åtgärder. Det är naturligt att följa upp resultaten gentemot de mål som patienten eller klienten och vårdgivaren enats om i planen. ASI och DOK kan användas vid uppföljning.

Riskbruk

Med riskbruk menas ett bruk av alkohol eller droger som medför ökad risk för skadliga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser, men där diagnoserna missbruk (skadligt bruk) eller beroende inte föreligger. Det saknas en internationellt vedertagen definition av riskbruk. När det gäller alkohol används i Sverige vanligen Folkhälsoinstitutets definition. Enligt denna föreligger riskbruk när en man dricker mer än 14 standardglas per vecka (ett standardglas innehåller 12 gram alkohol) eller en kvinna dricker mer än 9 standardglas per vecka. Riskbruk av alkohol föreligger även när en man dricker mer än 4 standardglas eller en kvinna dricker mer än 3 standardglas vid ett och samma tillfälle.

Missbruk och skadligt bruk

Missbruk förekommer i diagnossystemet DSM och definieras som ett skadligt bruk av psykoaktiva substanser som leder till funktionsnedsättningar eller lidande, utan att beroende föreligger. Ett av följande fyra kriterier ska vara uppfyllt under de senaste 12 månaderna: (i) upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet, (ii) upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i

arbetslivet, (iii) upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket, samt (iv) fortsatt användning trots återkommande problem.

Skadligt bruk förekommer i diagnossystemet ICD och definieras som ett substansbruk som kan ge fysiska eller psykiska skador, till exempel i form av leverinfektion vid intravenösa injektioner eller depression i samband med hög alkoholkonsumtion.

Missbruk används även i social och juridisk mening och avser då användning av alkohol och andra droger som bryter mot lagstiftning eller andra normer om acceptabel konsumtion i samhället.

Beroende

Beroende ingår i både DSM och ICD. Enligt DSM-IV menas med beroende ett skadligt substansbruk som leder till påtaglig funktionsnedsättning eller lidande. Enligt ICD 10 menas en grupp fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva fenomen där bruk av det beroendeframkallande medlet får en mycket högre prioritet för individen än andra beteenden, som tidigare haft större betydelse.

Tabell 1 Beroende enligt ICD-10 och DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
1. Stark längtan efter drogen.	1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
2. Svårighet att kontrollera intaget.	2. Abstinensbesvär när bruket upphör.
3. Fortsatt användning trots skadliga effekter.	3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
4. Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser.	4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget.
5. Ökad tolerans.	5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
6. Fysiska abstinenssymtom.	6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
	7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

För beroendediagnos krävs enligt såväl ICD-10 som DSM-IV att minst tre kriterier i respektive kriterielista i tabellen ska vara uppfyllda under den senaste 12-månadersperioden. Överensstämmelsen mellan DSM och ICD är mycket hög.