

Bättre vård och stöd för individen

*Om ansvar och tvång i den svenska missbruks-
och beroendevården*

Diskussionspromemoria av Missbruksutredningen

Stockholm 2010



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

Förord

Det finns en stor och växande grupp personer i olika åldrar med missbruk eller beroende av psykoaktiva substanser – alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel – i Sverige. För enskilda individer och närstående medför det ett ökat lidande. För samhället innebär ohälsa, relationsproblem, kriminalitet och minskad förmåga till arbete och försörjning som en följd av missbruk och beroende stora samhällsekonomiska konsekvenser som tar en allt större andel av BNP i anspråk. Allt detta motiverar effektiva vård- och stödinsatser som är adekvata och tillgängliga i rätt tid för att möta en individ i behov av hjälp för att bryta ett missbruk eller beroende.

Under sommaren 2008 fick jag regeringens uppdrag att göra en samlad översyn av den svenska missbruks- och beroendevården.¹ Mitt utredningsuppdrag går i korthet ut på att besvara tre frågor. Vilka omfattas? Vad ska ges? Vem ansvarar? Slutbetänkande ska överlämnas till regeringen i november 2010. Innan dess vill jag dock tidigt i utredningsarbetet inbjuda till en diskussion om främst två centrala utvecklingsområden. Det första gäller kommunernas och landstingens framtida ansvar för missbruks- och beroendevården samt ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen. Det andra gäller tvångsvårdens roll och funktion i vårdkedjan för personer med missbruk eller beroende. Olika tänkbara alternativa modeller presenteras.

I egenskap av särskild utredare har jag strävat efter ett öppet arbetssätt, bland annat genom hearingar och studiebesök runt om i landet. Utredningsarbetet har också bedrivits i nära samarbete med utredningens experter och referensgrupper för forskare respektive

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

brukar- och klientorganisationer. Nyligen har även en referensgrupp med yrkesföreträdare knutits till utredningen.

Tillsammans med sekretariatet är därmed ett femtiotal personer knutna till mitt utredningsarbete. Det är emellertid jag själv i egenskap av särskild utredare som står för alla ställningstaganden och värderingar i promemorian, även om begreppet utredningen vanligtvis används i löptexten.

Utredningen har genom beställningar hos olika forskningsorgan och myndigheter och anlåtande av särskild expertis låtit ta fram ett stort antal kartläggningar och analyser av viktiga delfrågor. Flera av medlemmarna i utredningens forskargrupp har bidragit med egna rapporter. Utredningens arbetssätt, medverkande personer och kartläggningar beskrivs utförligare i inledningskapitlet.

Huvudsekreterare i utredningen är Hans Wiklund, kanslichef och fil. dr. Utredningssekreterarna är Dina Jacobson, jur. kand. och Mikael Sandlund, psykiater och med. dr. Textredigering har utförts av utredningens assistent Malin William-Olsson.

Min förhoppning är att föreliggande diskussionspromemoria *Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården* ska stimulera till en bred debatt och bidra till många värdefulla synpunkter inför utredningens fortsatta arbete och slutbetänkande.

Stockholm i januari 2010

Gerhard Larsson
Särskild utredare

/Hans Wiklund
Dina Jacobson
Mikael Sandlund

Innehåll

Sammanfattning	9
1 Individ, missbruket, vården	17
1.1 Utgångspunkter	17
1.2 Uppdraget	20
1.3 Den svenska missbruks- och beroendevården	21
1.3.1 Ansvarsfördelningen	21
1.3.2 Enheter och personal	22
1.3.3 Individer och insatser	24
1.3.4 Kostnader	25
1.4 Missbrukssituationen i Sverige	26
1.5 Individens behov och utbudet av insatser	28
1.5.1 Exempel på problembilder och insatsbehov	30
1.6 Fyra utvecklingsområden	32
1.6.1 Individens ställning och tillgängligheten till vården	33
1.6.2 Kompetens och kvalitet	35
1.6.3 Ansvar och huvudmannaskap	36
1.6.4 Vård och behandling under tvång	37
1.7 Syfte och frågeställningar	38
1.8 Arbetssätt och kartläggningar	39
1.9 Disposition	42
2 Missbrukssituationen i Sverige	43
2.1 Riskbruk, skadligt bruk och beroende	43

2.2	Alkohol	49
2.2.1	Total alkoholkonsumtion	49
2.2.2	Riskabel alkoholkonsumtion.....	51
2.2.3	Skadligt bruk och beroende av alkohol.....	53
2.2.4	Alkoholrelaterade skadeverkningar	55
2.3	Narkotika.....	57
2.3.1	Riskabel narkotikakonsumtion	58
2.3.2	Skadligt bruk och beroende av narkotika	60
2.3.3	Narkotikarelaterade skadeverkningar	62
2.4	Dopningsmedel	66
2.4.1	Riskabel konsumtion av dopningsmedel	67
2.4.2	Skadligt bruk och beroende av dopningsmedel.....	68
2.4.3	Dopningsrelaterade skadeverkningar.....	70
2.5	Blandmissbruk	71
2.6	Samsjuklighet.....	72
2.7	Sammanfattning och slutsatser.....	73
2.7.1	Missbrukets utbredning.....	73
2.7.2	Kön, ålder och geografi.....	75
3	Internationell utblick	77
3.1	Länder och frågeställningar	77
3.2	Organisering av missbruks- och beroendevården	78
3.2.1	Flertalet länder har lagt huvudansvaret på sjukvårdshuvudmannen	78
3.2.2	Ett land – Danmark – har lagt huvudansvaret på kommunen.....	81
3.3	Förekomst av tvång inom vård och behandling	82
3.4	Några slutsatser	83
4	Ansvar för bättre vård och stöd.....	87
4.1	Nuvarande ansvarsfördelning	88
4.1.1	Rättslig reglering	88
4.1.2	Huvudmännens skyldigheter gentemot individen.....	89
4.1.3	Bedömning av individens behov av insatser	90

4.1.4	Personalens kompetens och skyldigheter	91
4.1.5	Dokumentation och sekretess	92
4.1.6	Tillsyn.....	94
4.1.7	Sammanfattning av den enskildes ställning.....	94
4.2	Problem med nuvarande ansvarsfördelning	97
4.2.1	Tidigare utredningar	99
4.2.2	Upptäckt och tidig intervention.....	106
4.2.3	Tillnyktringsverksamhet	109
4.2.4	Abstinensvård	114
4.2.5	Behandling och stöd	117
4.2.6	Utredning, bedömning, planering, uppföljning.....	123
4.3	Tre ansvarsmodeller.....	128
4.3.1	Modell 1a: Delat huvudmannaskap, tydligare ansvar.....	129
4.3.2	Modell 1b: Vårdgaranti.....	137
4.3.3	Modell 2: Kommunen huvudansvarig	141
4.3.4	Modell 3: Landstinget huvudansvarigt	148
5	Vård och behandling under tvång	157
5.1	Utgångspunkter	157
5.2	Historisk tillbakablick	158
5.2.1	Från kriminalisering till vård enligt LVM	158
5.2.2	Utvecklingen inom missbruksvården efter LVM	160
5.3	Grunder för vård utan samtycke	162
5.3.1	Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.....	162
5.3.2	Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT	167
5.4	Tvångsvårdens legitimitet äventyras	170
5.4.1	Problem i gränssnittet mellan LVM och LPT.....	170
5.4.2	Några brister inom dagens tvångsvård.....	171
5.4.3	Ojämn användning av LVM över landet	172
5.4.4	Samsjukligas behov tillgodoses inte	174
5.4.5	Innehållet i LVM-vården har brister.....	175
5.4.6	Samspelet med fortsatta vården fungerar dåligt.....	176
5.5	Tre modeller – justera eller reformera	177
5.5.1	Tvång i undantagsfall.....	177
5.5.2	Motiv för tre modeller.....	178

5.5.3	Modell 1: Förstärkt vårdkedja för individen	179
5.5.4	Modell 2: Öppen tvångsvård med särskilda villkor	184
5.5.5	Modell 3: LVM upphävs och LPT utvidgas.....	189
6	Det fortsatta arbetet.....	197
	Vårdens kvalitet, kompetens och certifiering.....	197
	Brukarinflytande, bättre bemötande, stigma	199
	Tidig identifikation, riskbruk, dolt missbruk	200
	Samsjuklighet.....	200
	Barn och andra närstående	200
	Kvinnor och män.....	201
	Olämplig läkemedelsanvändning och dopning.....	201
	Insatser för att begränsa skadeverkningarna av missbruk....	201
	Forskning och utvecklingsarbete	202
	Referenser.....	203
	Bilagor	
	<i>Bilaga 1</i> Kommittédirektiv.....	209

Sammanfattning

Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården

I Sverige är det upp emot 500 000 personer som har problem med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel. Missbruk och beroende orsakar i första hand stort lidande för enskilda personer och deras närstående, men har också negativa konsekvenser för samhället i en vidare mening. Det leder bland annat till ohälsa, kriminalitet samt minskad förmåga till arbete och försörjning. De samhällsekonomiska kostnaderna för missbruk och beroende är betydande. Både för enskilda individer, närstående och samhället finns därför starka skäl att bekämpa missbruk och beroende.

Regeringen har givit Gerhard Larsson i uppdrag att, som särskild utredare, göra en översyn av den samlade svenska missbruks- och beroendevården (kallad Missbruksutredningen). Utredaren biträds – utöver ett sekretariat – av en rad experter samt har kallat till sig som samtalspartner en referensgrupp med ett urval av landets mer kvalificerade forskare och en referensgrupp med företrädare för drygt 20 brukar-/ideella organisationer inom området. En referensgrupp för yrkesföreträdare har också tillsatts.

Syfte och frågeställningar

Utredningens analys av den svenska missbruks- och beroendevården visar på flera positiva inslag i form av bland annat engagerad personal, ökat intresse för kunskapsbaserade metoder, exempel på framgångsrika lokala och regionala samverkanslösningar, nationella riktlinjer under införande samt en relativt stor andel aktiva privata vårdgivare.

Utredaren har emellertid också identifierat ett antal problem som finns i dag. De kan grupperas inom fyra områden: individens ställning och tillgängligheten till vården, kompetens och kvalitet, ansvar och huvudmannaskap samt vård och behandling under tvång. Problemen motiverar en omprövning av de offentliga insatserna. Innan utredningen i november 2010 lägger fram sina slutliga bedömningar med tillhörande lagförslag, inbjuds till en bred nationell diskussion genom denna diskussionspromemoria om två centrala utvecklingsområden som utkristalliseras från problemanalysen. Det första gäller kommunernas och landstingens framtida ansvar för missbruks- och beroendevården samt ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen. Det andra gäller tvångsvårdens roll och funktion i vårdkedjan för personer med missbruk eller beroende. Olika tänkbara alternativa modeller presenteras.

De två frågeställningarna är centrala för utredningens uppdrag och kommer också att påverka utformningen av de blivande lagförslagen för missbruks- och beroendeområdet. Utöver återkoppling på dessa önskar utredningen i remissen få kompletterande information om och synpunkter på missbrukets utbredning (riskbruk, skadligt bruk och beroende) och skadeverkningar i landet.

Utredarens ställningstagande och slutligt val av modell kommer att göras mot bakgrund av bland annat de remissvar utredningen ser fram mot att erhålla på denna promemoria.

Internationell referens

Utformningen av de alternativa modellerna har bland annat påverkats av utredningens internationella utblick. En slutsats från de studerade länderna är att delat ansvar för missbruks- och beroendevården mellan självständiga huvudmän som i Sverige är ovanligt. Många länder har samlat ansvaret och finansieringen hos en huvudman, men inom ramen för detta tillämpas ofta en rik variation av olika utförare. En annan slutsats är att flertalet länder har definierat och organiserat missbruks- och beroendevården som i huvudsak ett ansvar för sjukvårdshuvudmannen. Endast ett land – Danmark – har lagt huvudansvaret på kommunen. En ytterligare bild utredaren tagit till sig är att de flesta länder har någon form av tvångsvård för vissa särskilda situationer. Lagstiftningen varierar mellan straffrättsligt reglerad tvångsvård och civil tvångsvård. Av de studerade länderna har majoriteten möjligheter till psykiatriskt

tvång. Våra nordiska grannländer har även möjlighet att använda tvång inom det sociala regelverket men tillämpar den i praktiken inte alls eller i begränsad omfattning.

Stärkt ställning och förbättrad tillgänglighet för individen

Utredningens avsiktsförklaring är att stärka individens ställning och förbättra tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser för personer med missbruk eller beroende som har behov av vård och stöd samt för personer som har en riskabel konsumtion. Utredningens utgångspunkt är vidare att missbruks- och beroendevården ska vara frivillig för den enskilde, men att vård utan samtycke i vissa undantagsfall ska kunna ingå som en länk i en sammanhängande vårdkedja

Stor och växande grupp i Sverige har missbruk eller beroende

Utredningens uppdrag omfattar riskbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel. Den berör därmed en betydande andel av den svenska befolkningen. Antalet personer med alkoholmissbruk har skattats till cirka 300 000, varav mellan 50 000 och 100 000 med så kallat tungt missbruk. Enligt mer aktuella siffror uppgår antalet personer med alkoholberoende till 80 000 personer. Antalet personer med så kallat tungt eller problematiskt narkotikamissbruk beräknas till 29 500. Därutöver kan nämnas att antalet personer med riskabel konsumtion av alkohol beräknas uppgå till cirka 900 000.

Cirka 250 000 personer beräknas vara fysiologiskt tillvanda till eller beroende av smärtstillande medel, sömnmedel eller lugnade medel. Antalet frekventa användare av dopningsmedel uppgår enligt utredningens skattningar till cirka 10 000 personer. Utredningens analyser visar vidare att ett stort antal personer med missbruk eller beroende har blandmissbruk av olika psykoaktiva substanser. Utredningens kartläggning visar att samsjukligheten mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom också är hög.

Nuvarande ansvarsfördelning har negativa konsekvenser

Ansvar för missbruks- och beroendevården är delat mellan kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Utifrån den så kallade normaliseringsprincipen är det en naturlig svensk lösning även för denna målgrupp. Men verkligheten med nu drygt 30 års erfarenheter visar enligt den särskilde utredaren att det för särskilt utsatta grupper kan finnas skäl som motiverar avsteg från normaliseringsprincipen. Utredningens problemanalys visar således för målgruppen personer med missbruk eller beroende att problem som har samband med rådande ansvarsfördelning tenderar att drabba individen i behov av vård och stöd i form av bristande tillgänglighet till, samordning av och kontinuitet i vård- och stödinsatserna. Tillgänglighetsproblemet innebär att en person i behov av vård och stöd inte får tillgång till adekvat insats vid rätt tidpunkt. Samordningsproblemet innebär att samtidiga insatser inte kommer till stånd när behov föreligger. Kontinuitetsproblemet innebär att individen inte får tillgång till rätt kombination av insatser över tid. Utöver negativa konsekvenser för individen, utgör ansvarsproblemen också ett hot mot vårdens och stödets effekt och effektivitet, såväl i det individuella fallet som på systemnivå.

Tre ansvarsmodeller för bättre vård och stöd

Mot bakgrund av problemanalysen bedömer den särskilde utredaren att det nuvarande delade ansvaret mellan främst landsting och kommuner behöver förändras. Detta för att möta dagens och morgondagens behov av tillgänglighet och skapa förutsättningar för adekvata vård- och stödinsatser i rätt tid till personer med missbruk eller beroende. Tre principiellt olika lösningar kan utredaren se som fullt möjliga med beaktande av att Sverige har tre självständiga administrativa nivåer.

Modell 1 innebär fortsatt delat ansvar för missbruks- och beroendevården mellan kommunen som huvudman för socialtjänsten och landstinget som huvudman för hälso- och sjukvården, men med tydligare lagreglerat ansvar för centrala funktioner i vårdkedjan. Kommunen har ansvaret för viss behandling (psykosocial) och sociala insatser i form av boende, sysselsättning och försörjning. Landstinget har ansvaret för tillnyktring, abstinensvård och viss

behandling (medicinsk). De två huvudmännen har ett parallellt och i vissa delar gemensamt ansvar för upptäckt och tidig intervention samt för utredning, bedömning, planering och uppföljning. Modell 1 har även en underversiön som innebär att individen får en stärkt ställning till vård och stöd i form av en vårdgaranti som garanterar utredning, bedömning och insats inom en viss angiven tid.

Modell 2 innebär att huvudmannaskapet för missbruks- och beroendevården samlas hos kommunen. Kommunen har ansvar för tillnyktring, viss abstinensvård och behandling, socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. Landstinget får emellertid i egenkap av huvudman för hälso- och sjukvården ha kvar ansvar för abstinensvård i slutna vård. Vistelselandstinget får ansvaret för abstinensvård inom kriminalvården och tvångsvården enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Kommunen och landstinget har ett parallellt och gemensamt ansvar för att uppmärksamma problem och göra tidig intervention. I Danmark har en reform nyligen genomförts som innebär att ansvaret för missbruks- och beroendevården samlats hos kommunerna.

Modell 3 innebär att huvudmannaskapet för missbruks- och beroendevården samlas hos landstinget. Landstinget har ansvaret för tillnyktring, abstinensvård och behandling samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. Kommunen får kvar ansvaret för sociala insatser i form av boende, sysselsättning och försörjning. Landstinget och kommunen har ett parallellt och gemensamt ansvar för upptäckt och tidig intervention. I Norge har en reform nyligen genomförts som innebär att ansvaret för en betydande del av missbruks- och beroendevården, främst heldygnsbehandling, har överförts till staten via sjukhusorganisationen.

Huvudmännens ansvar i alla tre modellerna regleras antingen genom tillägg i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen eller genom införandet av en särskild missbrukslagstiftning som kompletterar dessa ramlagar.

Brister i tvångsvården

Missbruksutredningens utgångspunkt är att missbruks- och beroendevården ska vara frivillig men att den kan ges utan samtycke i undantagsfall och under förutsättning att insatsen ingår som en länk i en sammanhängande vårdkedja för att motivera till fortsatt

frivillig vård. Vården måste också utformas så att individen upplever den som meningsfull. Samhället ska som en motprestation erbjuda bästa möjliga vård- och stödinsatser. Utredningens problemanalys visar emellertid att dessa självklara utgångspunkter inte alltid är uppfyllda.

Ett problem är att den ojämna användningen av LVM medför rättsosäkerhet för den enskilde i form av att tvångsvård ibland helt uteblir eller att individen i stället verkar få vård enligt LPT. Ett annat problem är att samsjukligas behov inte alltid tillgodoses inom vare sig LVM- eller LPT-vård. Ett tredje problem är att behandlingsinnehållet inom LVM-vården brister även för andra grupper än samsjukliga. Ett fjärde problem är att samspelet mellan tvångsvård och den fortsatta frivilliga vården i bland fungerar dåligt.

Tre tvångsmodeller för att stärka individens ställning

Modell 1 innebär att nuvarande LVM behålls men justeras för att förstärka individens ställning och vårdkedjan. Den första justeringen innebär att specialindikationerna (skadeindikationen) ändras så att LVM endast ska kunna ges till skydd för den enskilde med missbruksproblem. Den andra justeringen innebär att individen får en uttrycklig rätt till kvalificerad utredning, framför allt psykiatrisk, samt vård och behandling under tvångsvården. Den tredje justeringen innebär att individens rätt till vård och stöd efter tvångsvården förtydligas i lagstiftningen. Den fjärde justeringen innebär att socialnämnden beslutar om utskrivning från LVM-vård för att förtydliga kommunens ansvar för den enskilde både under tvångsvården och i den fortsatta vården. Rekvisiten i övrigt för beredande av vård, vårdtidens längd, huvudmannaskap, domstolsprövning etc. lämnas i denna modell oförändrade.

Modell 2 innebär att nuvarande LVM anpassas till ökade möjligheter till öppen tvångsvård med särskilda villkor. Vårdtiden på LVM-hem (sluten tvångsvård) får pågå högst fyra veckor efter ansökan hos länsrätten. Socialnämnden kan därefter ansöka om förlängning av vården, antingen som sluten tvångsvård eller som öppen tvångsvård med särskilda villkor. Till ansökan om öppen tvångsvård ska bifogas en samordnad vårdplan som görs i samråd med socialtjänsten, hälso- och sjukvården, den enskilde och i vissa fall närstående. Exempel på särskilda villkor är drogfrihet och fortsatt vård i öppenvård. Om den enskilde bryter mot de särskilda

villkoren kan socialnämnden ansöka att den öppna tvångsvården ska fortsätta som slutna tvångsvård. Socialnämnden ska kontinuerligt pröva förutsättningar för tvångsvård och besluta om utskrivning när vårdens syfte är uppnått. Den sammanlagda vårdtiden får inte överskrida sex månader. Den enskilde har samma rätt till utredning, vård och fortsatt vård som i Modell 1.

Modell 3 innebär att LVM upphävs och att den medicinska indikationen för vård enligt LPT – allvarlig psykisk störning – utvidgas till att omfatta vissa allvarligare former av beroende av psykoaktiva substanser eller akut missbruk som behöver hävas för att rädda liv. Bestämmelserna i LPT gäller i övrigt med krav på oundgängligt behov av slutna vård, beslut om intagning, vård i öppna former, tvångstider, utskrivning och domstolsprövning.

Utredningens fortsatta arbete

Diskussionspromemorians frågeställningar är som framgått centrala för utredningens uppdrag och kommer också att påverka utformningen av de blivande lagförslagen för missbruks- och beroendområdet. Utredningen kommer dessutom att arbeta vidare med flera andra angelägna frågeställningar inom uppdraget, exempelvis vårdens kvalitet och innehåll, kompetensbehov för personal, eventuell certifiering, olämplig läkemedelsanvändning och dopning, familje- och barnperspektiv, samsjuklighet samt brukarinflytande och bättre bemötande.

Utredningen eftersträvar ett öppet arbetssätt. Det betyder att även intresserade som inte är direkt knutna till utredningsarbetet är välkomna med skriftliga synpunkter, såväl på diskussionspromemorians innehåll som på utredningsuppdraget i övrigt.

1 Individen, missbruket, vården

1.1 Utgångspunkter

Missbruk och beroende av psykoaktiva substanser är betydande samhällsproblem som orsakar lidande för enskilda individer och deras närstående. Upp mot 500 000 svenskar har problem med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel. Lika många har en konsumtion som innebär risker på kort eller lång sikt. Omkring 385 000 barn lever med föräldrar som har missbruks- eller beroendeproblem. Missbruk och beroende har också negativa konsekvenser för samhället i vidare mening. Det leder bland annat till ohälsa, kriminalitet samt minskad förmåga till arbete och försörjning. Kostnaderna för vård och stöd till personer med missbruk eller beroende uppgår årligen till mellan 17 och 18 miljarder kronor. Inom kriminalvården har omkring 60 procent av klienterna problem med missbruk eller beroende. Åtta av tio våldsbrott sker under påverkan av alkohol eller andra droger. Missbruk eller beroende leder ofta till minskad förmåga till arbete och försörjning, vilket för samhället innebär kostnader i form av minskad produktionsförmåga och bidrag till försörjning och boende. De samhällsekonomiska kostnaderna för missbruk och beroende i Sverige kan utifrån internationella studier skattas till mellan 30 och 120 miljarder kronor per år. Utredningen har initierat en egen analys för att närmare beräkna de samhällsekonomiska kostnaderna. Både för enskilda individer, närstående och samhället finns sålunda starka skäl att bekämpa missbruk och beroende.

Missbruk och beroende kan bekämpas på olika sätt. En strategi handlar om att minska utbudet av alkohol och andra droger. Det kan ske genom lagstiftning och annan reglering som begränsar tillgången, till exempel kriminalisering av innehav och konsumtion och reglering av försäljning. En annan strategi handlar om att

minska efterfrågan genom preventiva insatser. Det kan ske genom informationskampanjer riktade till befolkningen i allmänhet eller till personer i vissa situationer. En tredje strategi handlar om vård och stöd för personer som utvecklat missbruk eller beroende. Det kan ske genom olika typer av medicinska och psykosociala behandlingsprogram. En fjärde strategi handlar om att minska riskerna och skadorna med ett fortgående bruk av alkohol och andra droger. Det kan ske genom insatser för att minska smittspridning, till exempel program för sprututbyte.

Sverige har i ett internationellt perspektiv vidtagit jämförelsevis långtgående åtgärder för att begränsa utbudet, till exempel när det gäller kriminalisering av innehav och konsumtion av droger och begränsningar av försäljningen av alkohol. De nationella preventiva insatserna för att minska efterfrågan förefaller vara i nivå med många andra länders. Den svenska vården och behandlingen för personer med missbruk eller beroende har, enligt utredningens bedömning, en hög ambitionsnivå, men tillgängligheten till vården liksom kunskapen om vårdbehovens omfattning och insatsernas effekter är allt för begränsad. När det gäller skadebegränsande insatser har Sverige haft en jämförelsevis restriktiv hållning. Insatser som är vanliga i många andra länder, såsom program för sprututbyte, är relativt ovanliga i Sverige. Utredningens fokus är primärt på vård och behandling, men även på skadereducerande insatser.

Att utveckla en effektiv missbruks- och beroendevård är dock inte okomplicerat, och inte heller okontroversiellt. Några förhållanden och frågor som utredningen konfronterats med kan uppmärksammas i detta sammanhang.

En fråga rör de olika psykoaktiva substansernas olika ställning. Medan alkohol är en legal drog är narkotika och dopningsmedel illegala. Även om denna uppdelning är motiverad, kan den innebära en komplikation utifrån ett vård- och stödperspektiv eftersom uppdelningen påverkar målet för insatserna. För alkohol blir målet att motverka konsumtion för tidigt i livet, för hög eller frekvent konsumtion och undvika konsumtion i särskilda situationer (trafik, graviditet, arbetsliv). För de illegala drogerna blir målet att de inte alls ska användas. Samtidigt finns ur ett vård- och stödperspektiv skäl för en samlad hantering av alkohol och andra droger. Detta krävs till exempel för att hjälpa personer som använder både legala och illegala droger. Det är också viktigt att personer i behov av vård och stöd vågar vara öppna och ärliga med sin droganvändning för att de ska få rätt hjälp. Notabelt är också att alkohol är den drog

som medför de klart största skadeverkningarna, men att mycket av den offentliga debatten fokuserar illegala droger.

En annan fråga gäller hur balansen bör vara mellan åtgärder för att begränsa utbudet, preventiva insatser, vård och stöd, samt skadebegränsande åtgärder. Det finns skäl som motiverar olika kombinationer av dessa insatser i olika länder och olika situationer. Men ibland finnas spänningar mellan de olika typerna av åtgärder. I Sverige upplevs i vissa situationer skadebegränsande insatser som kontroversiella. Till exempel kan program för sprututbyte för personer som injicerar droger upplevas som oförenliga med en strikt narkotikapolitik.

En tredje fråga har att göra med att det finns olika uppfattningar om missbruk och beroende ska definieras som sjukdomar eller sociala problem. Hur nämnda tillstånd definieras påverkar inriktningen på insatserna och i förlängningen även grunden för vilken huvudman som lämpligen bör ha ansvar för missbruks- och beroendevården. Om missbruk och beroende definieras som sjukdomar lyfts delvis ansvaret från den enskilde eftersom sjukdomar vanligen anses vara något som drabbar individer. Samhällets uppgift blir med detta synsätt framför allt att tillgodose behovet av vård och behandling. Om missbruk och beroende istället definieras som ett uttryck för social marginalisering och orättvisa, blir samhällets uppgift utöver att erbjuda vård och behandling även att verka för ökad social delaktighet (social inclusion). Det sociala synsättet kan också utmynna i ett moralistiskt perspektiv som ser missbruk och beroende som tillkortakommanden hos personen med problem. Detta synsätt avspeglas bland annat i äldre svensk lagstiftning.

En fjärde fråga är i vilken mån samhället ska tvinga personer med missbruk eller beroende till vård och behandling. Det finns olika uppfattningar om detta. Den minst ingripande motiveringen är att det kan vara rätt att använda tvång i akut livshotande situationer.

Det är i detta gränsland mellan vetenskap, värderingar, pragmatiska lösningar och traditioner som Missbruksutredningens arbete bedrivs.

1.2 Uppdraget

Utredningen har formulerat en avsiktsförklaring som ska fungera som en utgångspunkt för utredningens förslag för att förbättra den svenska missbruks- och beroendevården.

Utredningens förslag ska syfta till att stärka individens ställning och förbättra tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser för personer med missbruk eller beroende som har behov av vård och stöd samt för personer som har en konsumtion som medför risker på kort eller lång sikt. Det är vidare utredningens utgångspunkt att missbruks- och beroendevården ska vara frivillig, i den mening att individer utifrån behov ska erbjudas vård och stöd som de kan samtycka till eller avböja, men att vård utan samtycke i vissa undantagsfall ska kunna ingå som en länk i en sammanhängande vårdkedja för att motivera till fortsatt frivillig vård.

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.¹

Utredaren har givits relativt vida direktiv, men har möjlighet att även ta upp närliggande frågor som aktualiseras under utredningens arbete. Tyngdpunkten i uppdraget är att:

- Förbättra individens tillgänglighet till rätt insats vid rätt tidpunkt.

¹ För utredningens uppdrag i sin helhet, se bilaga 1.

- Tydliggöra kommunens och landstingets ansvar för centrala länkar i vårdkedjan, till exempel tillnyktring, abstinensvård, och behandling.
- 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 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 (evidensbaserade metoder) kan spridas till hela landet, till exempel hur läkemedelsassisterad behandling kan spridas men också bedöma riskerna med sådan behandling vid blandmissbruk.
- Utveckla samspelet mellan insatser med respektive utan samtycke i en sammanhållen vårdkedja.
- Analysera ansvaret för att planera och samordna vården, upphandla vård- och stödinsatser samt följa upp insatsernas effekter och effektivitet.

Den lagstiftning som reglerar missbruks- och beroendevården tillkom för mellan 20 och 30 år sedan. Samhällsutvecklingen, förändringar i alkohol- och drogsituationen samt ny kunskap motiverar en omprövning av de offentliga insatserna.

1.3 Den svenska missbruks- och beroendevården

1.3.1 Ansvarsfördelningen

Ansvaret för den svenska missbruks- och beroendevården är i dag delat mellan kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Kommunen har ett särskilt ansvar för att erbjuda personer med missbruk eller beroende den vård och behandling och det stöd som

de behöver. Kommunen har också ett generellt ansvar för att ge stöd i form av försörjning, boende och sysselsättning till alla som vistas i kommunen. Landstingets ansvar är att tillhandahålla medicinsk vård och behandling för missbruk och beroende och därmed relaterade somatiska och psykiatriska problem.

Därutöver ansvarar staten för kriminalvården inklusive viss vård och behandling av klienter med missbruk eller beroende samt för att utföra tvångsvården enligt LVM genom Statens institutionsstyrelse.

Den så kallade normaliseringsprincipen innebär att huvudmännen självständigt ansvarar för respektive område samt för att insatser ges i så normala och lite särskiljande former som möjligt. Personer med missbruk eller beroende har samma rätt som andra att – utifrån sina individuella behov – få medicinska och sociala insatser från respektive huvudman.

Nedan summeras tillgängliga uppgifter om missbruks- och beroendevårdens volym, utbud och kostnader.

Det saknas i dag en enhetlig, heltäckande statistik inom missbruksområdet, till exempel för resurser, personal, insatser och kostnader. Olika mått används inom olika delområden. Inom vissa delområden saknas uppgifter. Detta gör det svårt att sammanställa en tydlig bild av missbruks- och beroendevården. Utredningen har därför initierat ett antal kartläggningar för att inhämta kompletterande uppgifter (se avsnitt 1.8). Resultaten av dessa kartläggningar kommer främst att användas i slutbetänkandet.

1.3.2 Enheter och personal

Missbruks- och beroendevård vid problematiskt bruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel bedrivs inom öppen och slutenvård inom kommunernas socialtjänst (inklusive tvångsvård enligt LVM som utförs av Statens institutionsstyrelse) och landstingens hälso- och sjukvård. Därutöver bedrivs viss vård och behandling av personer med missbruk eller beroende inom statens kriminalvård. Det finns också en mängd privata och ideella utförare av vård och stöd. Även arbetsgivare köper, direkt eller via privata försäkringsbolag, behandling för att hjälpa anställda med missbruk eller beroende. Företagshälsovården har ofta en roll i dessa sammanhang.

Av 2008 års nationella kartläggning av missbruks- och beroendevårdens öppenvård (Socialstyrelsen 2008) framgår bland annat att:

- Det finns totalt cirka 630 öppenvårdsenheter inom missbruks- och beroendevården, varav 400 behandlingsenheter och 230 stödenheter.
- Omkring 90 procent av enheterna bedrivs i offentlig regi, i första hand av kommun och landsting, medan resterande 10 procent bedrivs av privata och ideella aktörer.
- Personalen vid öppenvårdsenheterna uppgick till totalt 3 800 årsarbetskrafter, varav 2 600 vid behandlingsenheterna respektive 1 200 vid stödenheterna.

Av Socialstyrelsens register över hem för vård och boende (HVB-registret) framgår bland annat att:

- Det finns knappt 300 HVB, varav 12 är institutioner för tvångsvård enligt LVM som drivs av Statens institutionsstyrelse. Av hemmen uppgår cirka 200 att de har inriktning mot narkotika och 190 att de har inriktning mot alkohol. Cirka 70 procent av hemmen drivs av enskilda (privata), det vill säga inte av stat, kommun eller landsting.

I Socialstyrelsens kartläggning av insatser och klienter i behandling inom missbruks- och beroendevården som avser 2003 (Socialstyrelsen 2004) konstateras bland annat att:

- Det finns 435 slutenvårdsplatser på sjukhus som kan användas för missbruks- och beroendevård.

Arbetsgivarnas upphandling av behandling för anställda med missbruk eller beroende behöver inte nödvändigtvis begränsas till ovan redovisade utbud, till exempel i de fall behandling upphandlas i andra länder.

Av Kriminalvårdens årsredovisning för 2008 (Kriminalvården 2009) framgår avseende vård och behandling bland annat att:

- Cirka 5 600 klienter vid anstalter och inom frivård fullföljde de sex behandlingsprogram som i första hand riktar sig till personer med missbruk eller beroende.

1.3.3 Individer och insatser

I dag bedöms sammantaget omkring 100 000 personer med missbruk eller beroende finnas i de olika offentligt finansierade vård- och behandlingssystemen inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården och kriminalvården.

Av 2008 års nationella kartläggning av missbruks- och beroendevårdens öppenvård (Socialstyrelsen 2008) framgår bland annat att:

- Cirka 24 000 personer är inskrivna i öppenvården en given dag.

Av den officiella statistiken avseende socialtjänstens insatser för vuxna med missbruk eller beroende 2008 (Socialstyrelsen 2009a) framgår bland annat att:

- Drygt 6 000 personer hade insatser som avsåg boende, varav cirka 1 400 kvinnor och 4 600 män.
- Drygt 12 000 personer hade individuellt behovsprövade öppna insatser, varav cirka 3 750 kvinnor och 8 500 män.
- Knappt 3 000 personer hade insatser inom heldygnsvård (2 485 frivillig institutionsvård, 219 familjehem, 244 tvångsvård på institution och 24 familjehem enligt LVM), varav cirka 800 kvinnor och 2 200 män.
- Drygt 1 000 personer skrevs ut från tvångsvård enligt LVM, varav cirka 300 kvinnor och 700 män.

Av Socialstyrelsens patientregister för hälso- och sjukvården (Patientregistret) framgår av uppgifterna för 2007 bland annat att:

- Omkring 34 900 personer fick slutenvård för missbruk eller beroende, varav 25 300 för alkoholdiagnos och 9 600 för narkotikadiagnos. Denna slutenvård gavs både på specialenheter för missbruk och beroende och vid till exempel kirurgiska och medicinska avdelningar.

Därutöver finns en dold grupp som erhåller vård utan alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos, men där missbruk eller beroende är den bakomliggande orsaken.

Av Kriminalvårdens redovisning av drogsituationen under 2007 (Kriminalvården 2008) framgår bland annat att:

- Knappt 13 000 klienter med missbruk eller beroende vistades inom kriminalvården, varav 4 000 vid anstalt och 9 000 inom frivård.

1.3.4 Kostnader

Kommunernas och landstingens kostnader för missbruks- och beroendevård uppgår enligt aktuella skattningar till cirka 17 miljarder kronor per år. Därtill kommer Kriminalvårdens kostnader för vård och behandling vid missbruk eller beroende om knappt 0,5 miljarder kronor per år. Utöver kriminalvården har staten stora kostnader för socialförsäkringen orsakade av missbruk och beroende. De samhällsekonomiska kostnaderna för missbruk och beroende uppgår till mellan 30 och 120 miljarder kronor per år beroende på beräkningsmodell. Tunga poster i dessa beräkningar är kostnader för bortfall av produktion, sjukskrivning, förtidspensionering samt köp av vårdtjänster via till exempel arbetsgivare.

- Kommunernas kostnader för missbruks- och beroendevården uppgick 2008 till totalt 5,6 miljarder kronor. Därutöver kan kostnader inom verksamhetsområdena vård av barn och unga samt ekonomiskt bistånd vara relaterade till missbruk och beroende. Utifrån tidigare skattningar kan socialtjänstens totala kostnader inom missbruksområdet antas uppgå till cirka 10 miljarder kronor.
- Landstingens kostnader inom missbruksområdet uppgick, enligt Socialstyrelsens beräkningar avseende 2003, till totalt 6,6 miljarder kronor, varav specialiserad slutenvård 2,8 miljarder, specialiserad öppenvård och primärvård 3,1 miljarder och övrigt 0,7 miljarder. Uppräknat för 2007 uppgår kostnaderna till totalt cirka 7 miljarder kronor.²
- Kriminalvårdens kostnader för missbruks- och beroendevård har av myndigheten för 2008 skattats till cirka 450 miljoner kronor, varav cirka 350 miljoner avser upphandling av behandlingshem och 100 miljoner avser egna behandlingsprogram för missbruk och beroende.

² Alkohol och andra droger är delförklaringar till många sjukdomstillstånd. Det innebär sannolikt att landstingens totala kostnader för missbruk och beroende är större.

- Staten har även stora socialförsäkringskostnader orsakade av missbruk och beroende, bland annat för sjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning. Utredningen avser återkomma med beräkningar av dessa kostnader.
- Arbetsgivaren har kostnader för sjuklön och kollektivavtalade ersättningar. Dessutom har arbetsgivare rehabiliteringsansvar för sina anställda och finansierar i vissa fall exempelvis behandlingshemsvistelse. Utredningen avser återkomma med beräkningar av dessa kostnader.
- De samhällsekonomiska kostnaderna för missbruk är stora, men osäkra. Enligt internationella skattningar uppgår kostnaderna för missbruk och beroende av alkohol och narkotika till mellan 2 och 8 procent av BNP. För Sverige motsvarar detta mellan 30 och 120 miljarder kronor per år. Utredningen har initierat en egen skattning av de svenska samhällsekonomiska kostnaderna för missbruk och beroende, vilken kommer att avrapporteras i utredningens slutbetänkande.

1.4 Missbrukssituationen i Sverige

Utredningens uppdrag omfattar riskbruk, skadligt bruk/missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel och berör därmed en betydande andel av den svenska befolkningen. Nedan summeras, utifrån tillgänga undersökningar, den rådande missbrukssituationen i Sverige inklusive förekomsten av blandmissbruk av olika psykoaktiva substanser respektive samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom.³

Riskabel eller experimentell konsumtion av alkohol och andra droger:

- Antalet personer med riskabel konsumtion av alkohol beräknas till cirka 900 000.
- Andelen unga och unga vuxna som någon gång använt narkotika skattas till mellan 5 och 17 procent, beroende på åldersgrupp.
- Andelen i befolkningen som någon gång använt dopningsmedel skattas till cirka 1 procent.

³ För källhänvisningar avseende uppgifterna, se kapitel 2.

Skadligt bruk och beroende:

- Antalet personer med alkoholmissbruk har skattats till cirka 300 000, varav mellan 50 000 och 100 000 personer med så kallat tungt missbruk. Enligt mer aktuella skattningar är antalet alkoholberoende 80 000 personer.
- Antalet personer med så kallat tungt eller problematiskt narkotikamissbruk skattas till 29 500.
- Cirka 250 000 personer beräknas vara fysiologiskt tillvanda till eller beroende av smärtstillande medel, sömnmedel och lugnande medel.
- Antalet frekventa användare av dopningsmedel uppgår, enligt den skattning utredningen låtit göra, till cirka 10 000 personer.

Blandmissbruk av olika psykoaktiva substanser:

- Utredningens analyser visar att cirka 25 procent av de missbruksklienter som bedömts enligt ASI har problem med både alkohol och narkotika.
- Cirka 40 procent av personerna med tungt narkotikamissbruk har ett parallellt alkoholmissbruk.
- Cirka 95 procent av dem som använder dopningsmedel använder andra psykoaktiva substanser.

Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom:

- Den genomgång av den nationella och internationella forskningen som utredningen låtit göra visar att mellan 30 och 50 procent av dem som söker vård för missbruk eller beroende har livstidsprevalens eller aktuell prevalens för psykisk sjukdom, samt att mellan 20 och 30 procent av dem som söker vård för psykisk sjukdom har samtidigt ett missbruks- eller beroendetillstånd.

I kapitel 2 beskrivs missbrukets utbredning och skadeverkningar mer utförligt. När det gäller läkemedelsmissbrukets utredning är informationen i dag begränsad. Utredningen har därför initierat en egen fördjupad kartläggning och avser med denna som stöd återkomma i frågan i slutbetänkandet.

1.5 Individens behov och utbudet av insatser

Personer med missbruk eller beroende utgör ingen homogen grupp. Det finns många olika problembilder som ställer krav på olika insatser och kombinationer av insatser. Den problematiska användningen kan gälla olika psykoaktiva substanser. Den kan gälla alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel eller olika kombinationer av dessa substanser. Problemens svårighetsgrad kan också variera. Det kan handla om riskabelt bruk, skadligt bruk eller beroende. De direkt drogrelaterade problemen är också ofta, men inte alltid, kombinerade med andra problem. Ibland är effekterna hälsomässiga, ibland sociala och ibland både hälsomässiga och sociala. Exempel på sociala effekter är kriminalitet, försörjningsproblem och hemlöshet. Ofta begränsas diskussionen, medvetet eller omedvetet, till att endast omfatta personer vars missbruk eller beroende lett till social utslagning. Det är dock viktigt att notera att det finns en stor grupp personer med missbruk eller beroende utan påtagliga sociala problem. De arbetar, har familj och egen bostad. Missbruks- och beroendevården måste sålunda vara utformad för att möta behovet hos flera olika målgrupper.

Insatser på missbruksområdet handlar om ett brett spektrum av åtgärder. Ett sätt att gruppera de insatser som vänder sig direkt till individer är i kategorierna: prevention, tidig intervention, vård och stöd, samt skadebegränsande åtgärder.

Preventiva insatser syftar till att förebygga uppkomsten av problem och riktar sig ofta brett gentemot befolkningen. Tidig intervention syftar till att tidigt uppmärksamma riskbruk och vidta åtgärder för att förhindra uppkomsten av allvarigare problem. Vård och stöd syftar till att bryta eller minska missbruk eller beroende och riktar sig i första hand till personer som har etablerade problem. Skadebegränsande insatser syftar till att minska skadeverkningarna av ett fortgående bruk. En annat sätt att gruppera insatserna är i medicinska (hälso- och sjukvård), psykosociala och sociala insatser. Prevention, tidig intervention, vård och stöd samt skadebegränsning kan omfatta många olika typer av medicinska, psykosociala och sociala insatser. I figur 1.1 återfinns exempel på insatser.

Figur 1.1 Målgrupper och insatser

Prevention		Exempel på insatser
	9 miljoner svenskar	Begränsa tillgänglighet Information Uppsökande verksamhet Screening etc.
Tidig intervention	900 000 riskabelt bruk alkohol 5 till 17 procent som någon gång använt narkotika 1 procent som någon gång använt dopningsmedel	Rådgivning Motivationsarbete Kort intervention Ungdomsprogram Självhjälpsprogram etc.
Vård och stöd	80 000 med alkoholberoende 29 500 med problematisk narkotikaanvändning 250 000 tillvanda eller beroende av läkemedel 10 000 med frekvent dopning 20 till 50 procent med samsjuklighet Minst 25 procent med blandmissbruk	Tillnyktringsenhet Abstinensvård Psykosociala insatser Psykoterapi/edukativa insatser Läkemedelsbehandling Stöd i boende Stöd i sysselsättning Familjestöd Återfallsprevention Kamratstöd etc.
Skadebegränsning		Tillnyktringsenhet Sprututbyte Injektionsrum etc.

Utredningens uppdrag är omfattande. Vård och stöd samt skadebegränsning för personer med missbruk eller beroende ser utredningen som sina huvudsakliga områden. Eftersom riskbruk uttryckligen nämns i direktiven behandlar utredningen även frågan om insatser för att uppmärksamma och intervjua mot riskbruk. Prevention ingår dock inte i utredningens uppdrag.

1.5.1 Exempel på problembilder och insatsbehov

Nedan illustreras bredden på problembilder och insatsbehov hos målgrupperna genom några fallbeskrivningar. Fallen är autentiska, men har anonymiserats. Beskrivningarna bygger väsentligen på uppgifter från utredningens referensgrupp för brukare.

Identifikation riskbruk

Kalle är 53 år gammal, gift och har tre utflugna barn. Han arbetar som bilmekaniker på en stor märkesverkstad. På fritiden skruvar han också i bilar. Företagssköterskan har nyligen gjort en hälsokontroll på jobbet, och uppmätt förhöjt blodtryck hos Kalle. På vårdcentralen finner distriktsläkaren att Kalles blodtryck är vid gränsen för att behöva behandlas med mediciner. Läkaren frågar efter Kalles levnadsvanor (kost, motion, rökning och alkohol). Redan i väntrummet fick Kalle fylla i en blankett om sina alkoholvanor (AUDIT). Kalle fick nio poäng på AUDIT-skalan. Det indikerar riskabel konsumtion. Läkaren informerar om detta samt om att Kalles blodtryck kan sjunka så att mediciner inte behövs om han minskar alkoholen och ökar motionen. De resonerar om saken och kommer överens om att Kalle ska försöka halvera sin alkoholkonsumtion fram till ett återbesök om en månad. Han ska också ta cykeln till jobbet i stället för bilen, några dagar i veckan. Läkaren uppmanar även Kalle att be frun komma med till återbesöket.

Alkoholberoende, rattonykterhet, behandlingshem

Lisa är 34 år, sambo och har en dotter på 5 år. Hon arbetar som resande säljare. Hon söker företagshälsovården och önskar sjuk-skrivning eftersom hon känner sig trött, utpumpad och har huvudvärk. Under samtalet framkommer det att Lisa nyligen har åkt fast för rattonykterhet och att hennes körkort kommer att dras in. Därmed kan hon inte sköta sitt arbete. Lisa hade varit på fest kvällen innan. Tidigt nästa morgon skulle hon köra till en viktig kund. Hon kände sig alls inte påverkad. Men så stod polisen plötsligt där. Lisa har inte vågat berätta för sin chef om det som hänt. Lisa undrar om hon måste säga upp sig från arbetet. De kommer överens om att ett nytt möte där även Lisas chef ska delta. Företagshälsovården föreslår att arbetsgivaren ska bekosta vistelse på ett

behandlingshem med 12-stepsprogram i sex veckor, eftersom Lisas alkoholproblem är relativt avancerade och långvariga. Lisa berättar att hon ofta brukar dricka sprit på morgonen för att komma i form igen, och att hon nästan varje vecka dricker så att hon får minnesluckor. Hon har ofta funderat på att dra ner på alkoholen, men utan framgång. Lisas sambo är oroad. Han vill inte längre följa med när de är bortbjudna eftersom han skäms över hennes okontrollerade beteende.

Skadligt läkemedelsbruk, överdos, sysselsättning

Anton är 22 år och ensamstående. Han har inga syskon och hans pappa har flyttat utomlands. Anton är arbetslös och får försörjningsstöd från socialtjänsten. Antons mamma avled i cancer när han var 14 år. I samband med detta fick han svårt att sova på nätterna och han somnade ofta i skolbänken om han överhuvudtaget orkade gå till skolan. Efter en tid fick han träffa en läkare som skrev ut Sobril (lugnande läkemedel av bensodiazepintyp). Det hjälpte ganska bra till en början. Men tablettorna tog slut i förtid eftersom Anton och hans kompisar kom på att kombinationen av tabletter och vin gav rejäla effekter. Till slut satte en läkare stopp och vägrade skriva ut fler tabletter. Då började Anton skaffa medicinerna på gatan i stället. Nu kommer Anton till psykakuten på sjukhuset efter en överdos som kunde ha kostat honom livet. Han säger dagen därpå att avsikten inte var att dö, utan att få sova och må bättre. Han blir inlagd och det inleds en nedtrappning som ska fortsätta i öppen vård. Tillsammans med socialtjänsten planeras för att Anton ska komma med i ett sysselsättningsprojekt för unga vuxna.

Narkotikaberoende, behandlingshem, substitutionsbehandling

Kajsa skriver till sitt gamla behandlingshem och tackar. Hon har en lång karriär som injektionsnarkoman bakom sig och har redan provat det flesta typerna av behandling, även metadon. Hon anser att vistelsen på behandlingshemmet bidragit till att hon idag mår bra och fungerar både socialt och yrkesmässigt. Kajsa fick börja om med substitutionsbehandling under tiden på behandlingshemmet. Innan hon fick komma till behandlingshemmet var hon några

månader under tvångsvård enligt LVM på en SiS-institution. Där lämnade hon regelbundna urinprov, och när hon skrevs ut fick hon ett intyg på att hon varit drogfri i tre månader. Det var viktigt för att hon skulle få förnyat tillträde till metadonprogrammet. Det har varit fler professionella inblandade än de som jobbar på behandlingshemmet. Socialsekreteraren i Kajsas hemkommun följde upp vistelsen. Metadonteamets medarbetare har varit inkopplade. Kajsa tillhör gruppen med samsjuklighet. Hon har en svår återkommande depressionssjukdom av cyklisk karaktär som hon behöver mediciner mot kontinuerligt. Nu fungerar både metadonbehandlingen och den övriga medicineringen, och Kajsa har en praktikplats där hon trivs.

Långvarigt alkoholmissbruk, hemlöshet, bostad

Sven är 58 år gammal. Ser man honom tror man att han är betydligt äldre. Åren som hemlös med missbruksproblem har gått hårt åt honom. Tänderna är i dåligt skick och han har stora svårigheter att gå. Sven fick insatser på grund av sitt missbruk redan på 1970-talet. Han säger själv att det inte fanns så mycket att välja på – uppvuxen i ett missbrukarhem, fosterhemsplacerad till kärlekslösa människor, många svek och separationer redan från unga år. Men livet har inte bara varit elände. Under perioder har han haft arbete och bostad och familj – han är far till fyra barn. Sedan har något hänt som kastat honom ut i det hårda livet igen. Sven vet allt om härbärgen och behandlingshem, tillnyktring med och utan hjälp och abstinensvård. Han har provat de flesta droger, med undantag för partydroger. Alkohol är hans huvuddrog, men Sven tycker att han inte längre har särskilt starkt alkoholsug. Att dricka är mest ett sätt att stå ut med det hårda livet, tycker han. Sven är också expert på att bedöma socialsekreterare, ser snabbt om de är något att ha eller inte. Den han nu har kontakt med är han mycket nöjd med. Kanske ska han snart få en bostad.

1.6 Fyra utvecklingsområden

Utredningens analys av den svenska missbruks- och beroendevården visar på flera positiva egenskaper: engagerad personal, ökat intresse för evidensbaserade metoder, exempel på framgångsrika

lokala och regionala samverkanslösningar, nationella riktlinjer under införande, samt en relativt stor andel privata vårdgivare.

Men utredningen har också identifierat ett antal problem med den svenska missbruks- och beroendevården. Vissa problem kan bero på att gällande lagstiftning som tillkom för mellan 20 och 30 år sedan inte är helt anpassad till dagens kunskap och samhälle i vidare mening. Andra problem kan orsakas av att det lokalt och regionalt görs olika prioriteringar som innebär olika möjligheter för individen i behov av vård och stöd i olika delar av landet. Ytterligare andra problem kan vara en konsekvens av att drogsituationen har förändrats och att delvis nya grupper drabbats av missbruk eller beroende.

Utredningen har valt att gruppera problemen i fyra områden: individens ställning och tillgängligheten till vården, kompetens och kvalitet, ansvar och huvudmannaskap, samt vård och behandling under tvång.

Utredningens problemanalys bygger på tidigare statliga utredningar, analys av tillgänglig statistik, av utredningen beställda kartläggningar, genomförda regionala hearingar på sju platser i landet, utredningens besök och samtal vid olika missbruks- och beroendevårdsverksamheter, diskussioner i utredningens expertgrupp och referensgrupper för forskare respektive brukare och klientorganisationer, samt intryck från debatter och spontant till utredningen insända synpunkter. För att bredda analysen ytterligare har uppgifter inhämtats om hur andra länder organiserar och erbjuder vård och stöd till målgruppen.

Nedan presenteras översiktligt de fyra problemområdena och exempel på problem inom respektive område.

I kapitel 4 och 5 presenteras mer utförliga problemanalyser av ansvar och huvudmannaskap respektive vård och behandling under tvång. Utredningen avser i slutbetänkandet återkomma med motsvarande analyser av de två övriga problemområdena: kompetens och kvalitet respektive individens ställning och tillgängligheten till vården.

1.6.1 Individens ställning och tillgängligheten till vården

Motivation och tillgänglighet är avgörande faktorer för en framgångsrik missbruks- och beroendevård. Missbruk och beroende är ofta långvariga tillstånd och individens motivation tenderar att

variera påtagligt över tid. För att bryta ett missbruk eller beroende är det centralt att individen har tillgång till adekvat insats vid rätt tidpunkt. Utredningens analys visar på ett antal brister inom detta område, bland annat:

- Det finns ett stort mörkertal i den mening att många personer med missbruks- eller beroendeproblem inte är kända och inte har kontakt med adekvat instans för att få hjälp, med följden att de inte kan erbjudas vård och stöd.
- Inom hälso- och sjukvården, liksom inom socialtjänsten, sker screening för att uppmärksamma problem i alltför begränsad omfattning.
- Inom socialtjänsten anges den uppsökande verksamheten i syfte att identifiera personer med problem och att motivera till vård och behandling, på några håll ha minskat i omfattning.
- Utbudet av insatser är otillräckligt när det gäller centrala delar i vårdkedjan, med väntetider eller i värsta fall utebliven insats som följd.
- Inom hälso- och sjukvårdens område råder bland annat brist på abstinensvård, viss farmakologisk behandling av beroende, till exempel läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, samt viss utredningskapacitet, till exempel neuropsykiatrisk utredning.
- Inom kommunernas ansvarsområde råder bland annat brist på boendelösningar och sysselsättningsinsatser.
- Stödet till gravida kvinnor samt barn och närstående är ofta underutvecklat.
- Utbudet av vård och behandling varierar betydligt mellan olika landsting och kommuner. Variationerna kan inte endast förklaras av skillnader i behov. Befolkningsmässigt små kommuner har ofta det mest begränsade utbudet.

Utredningen avser i slutbetänkandet återkomma med en mer detaljerad problemanalys och förslag om hur problemen lämpligen åtgärdas när det gäller individens ställning och tillgängligheten inom missbruks- och beroendevården.

1.6.2 Kompetens och kvalitet

Insatserna inom missbruks- och beroendevården ska utgå från individens behov och bygga på evidens eller beprövad erfarenhet. Att vården och behandlingen är kunskapsbaserad är avgörande för att den ska ha avsedd effekt och bedrivas kostnadseffektivt. Utredningens analys visar på ett antal brister inom detta område, bland annat:

- Inom vissa verksamheter saknar delar av personalen särskild utbildning för arbetsuppgifterna.
- Grundutbildningar för centrala yrkesgrupper, till exempel sjuksköterskor, psykologer och läkare, har ofta otillräckliga inslag om missbruk och beroende.
- Möjligheten till kompetensutveckling är begränsad. Få universitet och högskolor erbjuder i dag specifik utbildning för professionella inom missbruks- och beroendevården.
- Utredning och bedömning av missbruks- och beroendeproblem sker inte tillräckligt heltäckande och systematiskt, till exempel med stöd av ASI eller DOK. Gjorda utredningar kommuniceras inte alltid över huvudmannagränserna.
- Uppföljning av insatser och utfall sker i begränsad utsträckning, vilket gör det svårt eller omöjligt att bedöma effekt och effektivitet.
- Evidensläget är oklart när det gäller vissa typer av vård och stöd. Exempelvis saknas i dag allmänt accepterad, specifik behandling vid beroende av cannabis eller amfetamin, de två narkotiska substanser som har störst utbredning i den svenska befolkningen.
- Vissa evidensbaserade metoder används av ideologiska eller andra skäl inte inom vissa verksamheter eller delar av landet. Till exempel är det enligt gällande föreskrifter inte tillåtet med läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende inom tvångsvård enligt LVM. Behandling med läkemedel vid alkoholberoende framstår generellt som ett underutnyttjat behandlingsalternativ.
- Bemötandeproblem finns i olika former. Brukare vittnar om att det bland professionella ibland finns en moraliserande hållning

till personer med missbruk eller beroende. Särskilda villkor, svåra att härleda till sakliga skäl, kan ställas för att en person med missbruk eller beroende ska komma i fråga för vård och behandling eller stöd.

Utredningen avser att i slutbetänkandet återkomma med en mer detaljerad problemanalys, och förslag till hur problemen lämpligen åtgärdas, när det gäller kompetens och kvalitet inom missbruks- och beroendevården.

1.6.3 Ansvar och huvudmannaskap

Utöver tillgänglighet, är viktiga framgångsfaktorer en helhetssyn på individens behov och en samordnad och långsiktig hantering av vård- och stödinsatserna. Bristande koordinering av olika insatser vid en given tidpunkt eller bristande kontinuitet i insatserna över tid kan urholka missbruks- och beroendevårdens effekt. Problemen kan också leda till en kostnadsmässigt ineffektiv användning av de totala resurserna för vård och behandling. Utredningens analys visar på ett antal brister inom detta område, bland annat:

- Otydlighet om landstinget eller kommunen har ansvar för vissa centrala länkar i vårdkedjan kan innebära att utbudet av viss vård och behandling begränsas eller helt uteblir. Det gäller till exempel tillnyktringsverksamhet, men även viss behandlingsverksamhet i gränslandet mellan socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvarsområden.
- Huvudmännen uppfyller inte alltid sina uppdrag fullt ut. Det gäller till exempel abstinensvård inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM, som i likhet med övrig abstinensvård är ett formellt ansvar för landstingen, men som utförs i egen regi av Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse. Det generella mönstret är att landstingens tolkning av uppdraget inom missbruksområdet varierar betydligt.
- Koordinering av landstingens och kommunernas insatser vid en given tidpunkt (samtidiga insatser) brister för individer med komplexa vårdbehov som kräver både medicinska och psykosociala insatser, till exempel personer med missbruk eller beroende och psykisk sjukdom. Koordineringsproblemet är en konsekvens av specialisering inom eller mellan organisationer, men

det förstärks ofta när insatser från flera huvudmän ska samordnas. Detta är fallet inom missbruksområdet där två självständiga huvudmän med egna politiska ledningar och beskattningsrätt, olika lagstiftningar och olika terminologier har ett delat ansvar. Därtill kan sekretessregler försvåra utbyte av information mellan huvudmännen och därmed samordningen av insatser.

- Kontinuiteten i vården och behandlingen av individer med långvariga missbruks- eller beroendeproblem brister. Ofta uppstår problemen när ansvaret för en klient eller patient övergår från en huvudman till en annan, till exempel från kommunens tillnyktring till landstingets abstinensvård eller från abstinensvård till kommunal behandling.⁴ Motsvarande problem kan uppkomma i övergången från kriminalvården och tvångsvården enligt LVM, för vilken staten ansvarar, till kommunernas och landstingens ansvarsområden. Kontinuiteten försvåras av ordningen med självständiga huvudmän med parallella ansvar för utredning och bedömning av behov och planering och uppföljning av vård- och stödinsatser.

I kapitel 4 presenteras en mer utförlig problemanalys av den nuvarande ansvarsfördelningen inom missbruks- och beroendevården.

1.6.4 Vård och behandling under tvång

Vård utan samtycke eller tvångsvård kan i undantagsfall ingå som en länk i vårdkedjan inom missbruks- och beroendevården. För att tvångsvården ska ha önskad effekt måste den komma till stånd vid rätt tillfälle, ha rätt behandlingsinnehåll och ingå i en sammanhängande vårdkedja. Utredningens analys visar på ett antal brister inom detta område, bland annat:

- Tillämpningen av LVM varierar betydligt mellan olika kommuner vilket skapar en rättsosäkerhet för den enskilde som är i behov av tvångsvård.

⁴ Även inom enskilda huvudmän kan gränssnitten mellan olika verksamheter och enheter orsaka kontinuitetsproblem och ineffektiv resursanvändning. Inom landstingets ansvarsområde kan problematiska gränssnitt till exempel finnas mellan beroendevård och allmän psykiatrisk vård, mellan mödravård och barnhälsovård, samt mellan allmänmedicinsk verksamhet och specialiserad sjukvård. Inom kommunens ansvarsområde kan problematiska gränssnitt till exempel finnas mellan individ- och familjeomsorg för vuxna respektive för barn och unga, samt mellan individ- och familjeomsorg och handikappverksamhet.

- Den ojämna tillämpningen av LVM i olika delar av landet medför att tvångsvården ibland helt uteblir eller att individen i stället verkar få vård enligt LPT.
- Vårdbehovet hos personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom tillgodoses inte inom vare sig tvångsvården enligt LVM eller den psykiatriska tvångsvården enligt LPT.
- Behandlingsinnehållet inom tvångsvården enligt LVM brister även för andra klientgrupper. Detta gäller främst medicinsk vård och behandling samt utredning.
- Samspelet mellan tvångsvården enligt LVM och efterföljande frivillig vård fungerar dåligt.

I kapitel 5 presenteras en mer utförlig analys av de problem som är förknippade med tvångsvården enligt LVM och dess gränssnitt gentemot den psykiatriska tvångsvården enligt LPT.

1.7 Syfte och frågeställningar

Syftet med diskussionspromemorian är att relativt tidigt i utredningsarbetet inbjuda till diskussion om centrala frågeställningar för den framtida svenska missbruks- och beroendevården. Närmare bestämt önskar utredningen diskutera tänkbara lösningar inom två av de fyra utvecklingsområden som identifierats. Utöver att de två områdena är av central betydelse för att åstadkomma bättre vård och stöd för individen, kräver problemens lösning lagstiftning. De två frågor som utredningen vill resa för diskussion i denna promemoria är:

1. Det delade ansvaret för missbruks- och beroendevården mellan kommunerna och landstingen har negativa konsekvenser för bland annat vårdens tillgänglighet, samordning och kontinuitet. Utredningen ser därför som en central uppgift att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården kan tydliggöras, samt att överväga behov av förändringar i lagstiftningen och ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen för att säkerställa att personer med missbruk eller beroende får den vård och behandling och det stöd de

behöver. Utredningen önskar synpunkter på de tre ansvarsmodeller som presenteras.

2. Vård utan samtycke kan i undantagsfall ingå som en länk i vårdkedjan inom missbruks- och beroendevården. Det finns skäl att utveckla behandlingsinnehållet, stärka individens ställning och förbättra samspelet med frivilliga vård- och stödinsatser. Utredningen önskar synpunkter på de tre tvångsvårdsmodeller som presenteras.

Utöver återkoppling på frågeställningarna ovan önskar utredningen kompletterande information om, och synpunkter på, missbrukets (riskbruk, skadligt bruk och beroende) utbredning och skadeverkningar i Sverige.

Utredningen vill framhålla att ambitionen inte har varit att presentera färdiga förslag till lagstiftning, utan att tidigt i utredningsarbetet resa centrala frågor för en mer principiell diskussion. Det är givetvis utredningens avsikt att i slutbetänkandet återkomma med fullständiga förslag till lagstiftning för de förslag till lösningar rörande kommunernas och landstingens ansvar och ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, samt för tvångsvårdens utformning, som utredningen slutligen väljer att överlämna till regeringen.

De synpunkter som inkommer i anslutning till föreliggande promemoria kommer att utgöra ett underlag för utredningens fortsatta arbete med slutbetänkandet, som enligt direktiven ska överlämnas till regeringen i november 2010.

1.8 Arbetssätt och kartläggningar

Utredningen eftersträvar ett öppet arbetssätt. För dialog med experter, forskare och brukare har utredningen knutit särskilda grupper till utredningen. För att inhämta synpunkter och erfarenheter från verksamma inom missbruks- och beroendevården har utredningen anordnat regionala hearingar och gjort studiebesök runt om i landet samt medverkat vid möten, konferenser, etc. Därutöver har utredningen initierat ett antal kartläggningar och analyser.

Regionala hearingar m.m.

Utredningen har anordnat sju hearingar fördelade på följande orter: Luleå för Västerbottens och Norrbottens län, Linköping för Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län, Västerås för Västmanlands, Sörmlands och Uppsala län, Malmö för Skåne, Blekinge och Hallands (södra delen) län och Göteborg för Västra Götalands, Värmlands och Hallands (norra delen) län, Växjö för Kronobergs och Kalmar län, samt Sundsvall för Västernorrlands och Jämtlands län. Ytterligare hearingar planeras i Falun eller Gävle och Stockholm.

Totalt har cirka 300 personer deltagit. Bland deltagarna finns bland annat politiker, verksamhetschefer och professionella inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Statens institutionsstyrelse, Kriminalvården, polisen, etc. Även representanter för brukarrörelsen har inbjudits.

Utöver hearingar har utredningen gjort ett antal studiebesök vid verksamheter inom missbruks- och beroendevården i olika delar av landet. Vidare har utredningen deltagit vid debatter, konferenser och möten. Bland annat har den särskilde utredaren träffat ledningen för och berörda politiska beredningar inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Experter

Att som experter biträda utredaren har av regeringen förordnats: Ulf Malmström, Socialstyrelsen, Lars Håkan Nilsson, Kriminalvården, Mats Löfving, Polisen, Nils Åkesson, Statens institutionsstyrelse, Camilla Sköld Jansson och Per Ödman, SKL, Stefan Borg, Beroendecentrum Stockholm, Kristina Jung, Göteborgs stad, Elisabet Aldenberg och Åsa Elffors, Socialdepartementet, Gunilla Bergerén, Justitiedepartementet, samt Henrik Tiselius och Cecilia Torstensson, Finansdepartementet.

Forskare, brukare och yrkesföreträdare

Den särskilde utredaren har vidare knutit till sig en referensgrupp för forskare respektive en referensgrupp för brukar- och klientorganisationer.

I forskargruppen ingår professorerna Mats Berglund, Claudia Fahlke, Johan Franck, Arne Gerdner, Martin Grann, Lars Oscarsson, Bengt Svensson, Ingemar Thiblin, Lars Oscarsson och Agneta Öjehagen, docenterna Sven Andréasson och Bo Bergman samt dekanus Clara Gumpert, med. dr Annika Nordström och fil. dr Karin Trulsson.

I referensgruppen för brukar- och klientorganisationer ingår representanter för ett drygt 20-tal organisationer verksamma på riksplanet.

En särskild grupp med yrkesföreträdare har också nyligen knutits till utredningen.

Kartläggningar

Till grund för diskussionspromemorian ligger också ett antal kartläggningar och analyser som utredningen initierat. De kartläggningar som hittills avrapporterats är:

- Armelius, B. Å. och Armelius, K. (2009) *En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på ASI.*
- Gerdner, A. och Berglund, M. (2009) *Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet.*
- Guttormsson, U. (2009) *Drogutvecklingen i Sverige.*
- Karlsson, T. (2009) *Beroendevårdens organisation och resurser i fem län – en kartläggning.*
- Oscarsson, L. (2009) *Missbruksvården och samhället. Om relationen politik och praktik i svensk missbruksvård.*
- Stenius, K. (2009) *Missbruksvårdens politik, organisering och finansiering – erfarenheter från sju länder.*
- Thiblin, I. (2009) *Anabola androgena steroider och blandmissbruk – en prevalensuppskattning.*
- Svensson, B. (2009) *Narkotika i ett framtidsperspektiv.*
- Öjehagen, A. (2009) *Förekomst av samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende av alkohol och narkotika i Sverige, Norge och Danmark.*

Ytterligare kartläggningar kommer att avrapporteras under 2010, bland annat en analys av de samhällsekonomiska kostnaderna för missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel. Kartläggningarna publiceras fortlöpande på utredningens hemsida: www.missbruksutredningen.se.

Utredningen har också tillskapat två arbetsgrupper med särskilda kartläggningsuppdrag. En grupp har inrättats för att kartlägga missbruk och beroende av läkemedel och en för att kartlägga missbruk av dopningsmedel. Grupperna ska avrapportera sina uppdrag under våren 2010.

1.9 Disposition

I nästa kapitel beskrivs missbrukssituationen (riskbruk, skadligt bruk och beroende) i Sverige när det gäller alkohol, narkotika och dopningsmedel. Kapitel 3 innehåller en internationell utblick över missbruks- och beroendevårdens organisering i ett antal länder. I kapitel 4 analyseras nuvarande ansvarsfördelning inom missbruks- och beroendevården och tre alternativa ansvarsmodeller skisseras. I kapitel 5 analyseras tvångsvården vid missbruk och tre olika tvångsvårdsmodeller presenteras. Avslutningsvis redogörs i kapitel 6 för det fortsatta utredningsarbetet.

2 Missbrukssituationen i Sverige

I detta kapitel beskrivs missbrukssituationen i Sverige. Först redogörs för olika sociala, medicinska och juridiska definitioner av ett problematiskt förhållande till alkohol och andra droger. Därefter beskrivs utbredningen av riskbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel samt förekomsten av blandmissbruk och samsjuklighet mellan missbruk (skadligt bruk) eller beroende och psykisk sjukdom. Syftet är att tydliggöra storleken på de olika målgrupperna för vård och stöd, att redogöra för aktuella trender, samt att beskriva de skadeverkningar som följer av användningen alkohol och droger i Sverige.

Utredningen använder missbruksområdet som ett samlingsbegrepp för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser för personer med riskbruk, missbruk (skadligt bruk) eller beroende och missbrukssituationen som ett samlingsbegrepp för förekomst av problematisk användning av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel. Vidare undviker utredningen termer som inte gör en åtskillnad mellan individen och det tillstånd som han eller hon befinner sig i, exempelvis används uttrycket person med missbruk eller beroende istället för missbrukare och person med alkoholproblem istället för alkoholist.

2.1 Riskbruk, skadligt bruk och beroende

Missbruk och beroende kan definieras på olika sätt. Vissa hävdar att missbruk och beroende av psykoaktiva substanser är sjukdomstillstånd. Sjukdomsbegreppet används ibland för att beskriva det tvångsmässiga beteende som ingår i tillstånd av beroende. Andra hävdar att dessa tillstånd inte i första hand ska förstås som sjukdomar, men att de orsakar sjukdomar och sjukdomsliknande tillstånd.

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården konstateras att forskningen om sjukdomars orsaker inte ger entydigt stöd för en uppfattning i frågan (Socialstyrelsen 2007). Det finns ett antal olika förklaringsmodeller om bakomliggande orsaker till missbruk och beroende. Olika modeller bygger på olika mekanismer, till exempel psykologiska faktorer, fysiologisk sårbarhet och ärftlighet samt tillgänglighet till droger. I linje med detta definieras i riktlinjerna missbruk och beroende som multifaktoriella fenomen i den mening att många olika faktorer, ibland i samverkan, har betydelse vid utveckling av problem.

Vidare kan konstateras att det inom olika områden används olika termer och begrepp, med olika grad av precision, för att beskriva ett problematiskt förhållande till alkohol och andra droger.¹

Inom det sociala området saknas entydiga definitioner av nämnda tillstånd. I SoL och LVM saknas definitioner av termerna missbruk och missbrukare. Inom socialtjänsten görs dock bedömningar av problemens svårighetsgrad med hjälp av systematiska skattningsinstrument, främst Addiction Severity Index (ASI) (Socialstyrelsen, IMS 2009). Däremot görs inte formella diagnostiska överväganden.

Inom det medicinska området används diagnosklassifikationer i enlighet med systemen DSM-IV (APA 2000) och ICD-10 (Socialstyrelsen 1997). Det förra systemet definierar både missbruk och beroende medan det senare definierar skadligt bruk och beroende.

Missbruk definieras enligt DSM-IV som ett maladaptivt bruk av psykoaktiva substanser som leder till funktionsnedsättningar eller lidande, utan att beroende föreligger. Skadligt bruk definieras enligt ICD-10 som ett substansbruk som kan ge fysiska skador, till exempel i form av leverinfektion vid intravenösa injektioner eller psykisk ohälsa, till exempel i form av depression i samband med hög alkoholkonsumtion.

¹ I detta sammanhang bör noteras att det med problematisk användning av alkohol och andra droger avses en användning som är problematisk utifrån ett socialt, medicinskt och juridiskt perspektiv. Detta behöver inte nödvändigtvis överensstämma med hur en enskild individ uppfattar sin användning av psykoaktiva substanser.

Tabell 2.1 Missbruk och beroende enligt DSM-IV

Missbruk	Beroende
1. Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.	1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
2. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.	2. Abstinensbesvär när bruket upphör.
3. Upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket.	3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
4. Fortsatt användning trots återkommande problem.	4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget.
	5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
	6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
	7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

För att det ska vara ett missbruk 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.

Tabell 2.2 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.) och att kriterium 6 bör ha hänt vid mer än ett till-

fälle, 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.

Utöver ovan nämnda diagnostiska definitioner, förekommer att missbruk definieras i juridiska termer. Missbruk avser i denna mening illegal användning av droger. Avgörande för vad som är ett missbruk är följaktligen vilka droger och vilken droganvändning som lagstiftaren definierat som illegala.

Besläktad med den juridiska definitionen är definitioner av missbruk av läkemedel och dopningsmedel som likställer detta med felaktig användning av ordinerade läkemedel. Ordination är inte en formell regel, men en norm som säger hur ett förskrivet läkemedel bör användas.

Riskbruk är droganvändning som är eller kan bli skadligt, men där beroende inte föreligger. Internationellt används termen "hazardous use", vilken WHO definierar enligt följande (WHO 1994):

... a pattern of substance use that increases the risk of harmful consequences for the user. Some would limit the consequences to physical and mental health (as in harmful use); some would also include social consequences. In contrast to harmful use, hazardous use refers to patterns of use that are of public health significance despite the absence of any current disorder in the individual user.

WHO:s beskrivning är inte begränsad till alkohol, utan kan tillämpas på olika psykoaktiva substanser. Riskabel konsumtion operationaliseras på olika sätt i olika länder och i olika undersökningar. I Sverige används riskabel konsumtion dock företrädesvis när det gäller alkohol, till exempel i de nationella folkhälsoenkätundersökningar som Folkhälsoinstitutet genomför årligen sedan 2004 (Folkhälsoinstitutet 2009b).

Att det inom olika områden används olika termer och begrepp, med olika grad av precision, för att beskriva ett problematiskt förhållande till alkohol och andra droger avspeglas även i de undersökningar som i Sverige syftar till att skatta utbredning av drog-

användning i befolkningen. Olika undersökningar använder olika termer och begrepp. En ytterligare komplikation är att de termer och begrepp som används i epidemiologiska sammanhang inte alltid korresponderar med ovan redovisade sociala, medicinska och juridiska definitioner.² Vidare kan konstateras att olika definitioner används i olika länder, till exempel när det gäller riskabel konsumtion av alkohol och andra droger.

I tabell 2.3 grupperas de olika termer och definitioner som används i de undersökningar som refereras i följande avsnitt utifrån den indelning i riskbruk, skadligt bruk (missbruk) och beroende som används i kapitlet.

² Denna komplikation framstår vara i det närmaste oundviklig eftersom det inte går att ställa diagnos utifrån uppgifter om försäljning och data insamlade genom enkätundersökningar.

Tabell 2.3 Riskbruk, skadligt bruk, beroende

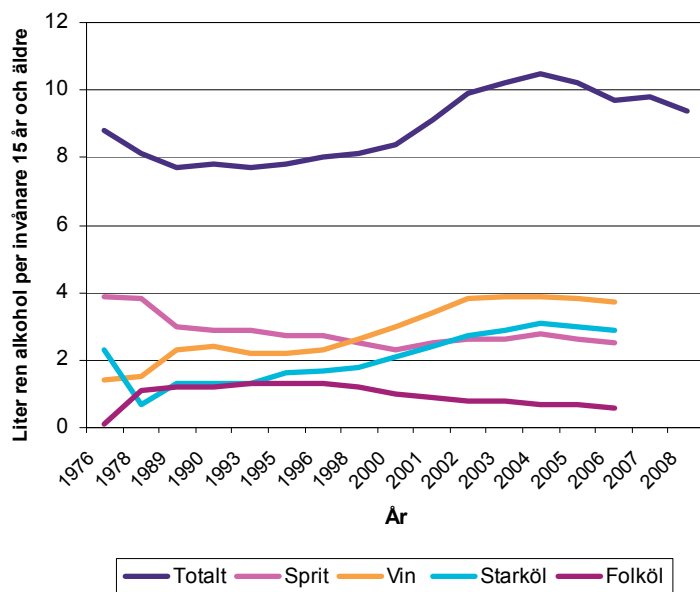
	Riskbruk	Skadligt bruk	Beroende
Alkohol			
- Riskbruk	Minst 14 respektive 9 glas i veckan eller 5 respektive 4 glas vid ett tillfälle för män respektive kvinnor		
- Storkonsumtion	Minst 30 eller 20 gram ren alkohol senaste 30 dagarna för män respektive kvinnor		
- Missbruk	Användning som negativt påverkar hälsa, socialt liv och arbete		
- Tungt missbruk	Användning som negativt påverkar hälsa, socialt liv och arbete		Vård för diagnoser relaterade till alkohol enligt ICD-10
Narkotika			
- Experimentell användning	Använt någon gång i livet Använt någon gång senaste 30 dagarna		
- Tungt missbruk	Intravenöst eller dagligt eller nästan dagligt bruk senaste året		Vård för diagnoser relaterade till narkotika enligt ICD-10
Läkemedel			
- Missbruk	Fysiologiskt tillvanda eller beroende		
Dopning			
- Experimentell användning	Använt någon gång i livet Använt någon gång senaste 30 dagarna		
- Frekvent användning	Använt hela eller flera kurer		

2.2 Alkohol

2.2.1 Total alkoholkonsumtion

Den totala årliga alkoholkonsumtionen i Sverige uppgick 2008 till 9,5 liter ren alkohol per person 15 år eller äldre. Det är med svenska mått mätt en historiskt sett hög konsumtionsnivå. Sedan början av 1990-talet har konsumtionen ökat från 7,8 liter ren alkohol per invånare. Det motsvarar en ökning på drygt 20 procent. En stor del av ökningen har skett sedan 2000, då den totala alkoholkonsumtionen uppgick till 8,4 liter per invånare. Sedan toppnoteringen 2004 på 10,1 liter har dock konsumtionen minskat med knappt 10 procent (SoRAD 2009).

Figur 2.1 Konsumtion och försäljning av alkohol 1976–2008



Källa: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning.

Not: För 1976 har mellanöl inkluderats i starkölsförsäljningen.

Den totala konsumtionen omfattar dels registrerad konsumtion i form av försäljning genom systembolag, restauranger och livsmedelsbutiker (folköl), dels skattad oregistrerad konsumtion i

form av resandeförsel, smuggling och hemtillverkning.³ Andelsmässigt stod den registrerade konsumtionen 2006 för cirka 69 procent och den oregistrerade konsumtionen för cirka 31 procent. Under andra halvan av 1990-talet och första halvan av 2000-talet ökade den oregistrerade konsumtionen påtagligt för att under de senaste åren ha minskat något (SoRAD, 2007).

År 2006 stod sprit för 18 procent, vin för 44 procent, starköl för 29 procent och folköl för 9 procent av den totala försäljningen i Sverige. Fördelningen mellan dryckesslagen har förändrats över tid. Fram till slutet av 1990-talet utgjorde sprit huvuddelen av den registrerade försäljningen. Men parallellt med att försäljningen av sprit minskade markant fram till 2000, och därefter varit i princip konstant, har försäljningen av vin och öl stadigt ökat.

Konsumtionen är ojämnt fördelad. En liten andel av konsumenterna står för en stor andel av den totala konsumtionen. Män konsumerar mer än dubbelt så mycket alkohol som kvinnor. År 2006 drack män och kvinnor i genomsnitt 13,6 respektive 6,1 liter ren alkohol per person (se tabell 2.4). Åldersmässigt är den totala konsumtionen störst bland ungdomar och unga vuxna. Både bland män och kvinnor är konsumtionen högst i åldersgruppen 16–29 år, även om konsumtionsnivån skiljer betydligt mellan könen (se tabell 2.4). Konsumtionsnivån bland ungdomar och unga vuxna har dock inte ökat sedan 2000 enligt uppgifter från de månatliga monitorundersökningarna (ibid.).

Tabell 2.4 Totalkonsumtionens fördelning i befolkningen

Ålder	Liter ren alkohol 2006	
	Män	Kvinnor
16–29	15,8	6,9
30–49	13,8	6,1
50–64	13,0	6,5
65–	10,1	3,6
<i>Totalt</i>	<i>13,6</i>	<i>6,1</i>

Källa: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning.

³ Uppgifterna om registrerad konsumtion bygger på registeruppgifter medan de om oregistrerad konsumtion bygger på självrapportering från slumpmässigt utvalda personer i befolkningen.

Den totala alkoholkonsumtionen har minskat något bland ungdomar och unga vuxna enligt drogundersökningarna riktade till elever i grund- och gymnasieskolan. Bland skolelever i årskurs 9 (15–16 år) har den ökning av den totala konsumtionen som noterades under 1990-talet följts av en stabilisering och tendens till minskning under 2000-talet. Denna utveckling förefaller i högre grad gälla pojkar än flickor. Likväl befinner sig konsumtionsnivån både bland pojkar och flickor på en historiskt sett jämförelsevis hög nivå. Svenska ungdomars alkoholkonsumtion (intensivkonsumtion) påminner om den i många andra länder i EU (CAN 2008a).

2.2.2 Riskabel alkoholkonsumtion

Riskabel alkoholkonsumtion föreligger när konsumtionen sker i sådan mängd eller på sådant sätt att den medför hälsorisker för den som brukar alkohol. Det finns ingen allmänt accepterad definition av riskabelt alkoholbruk i Sverige. Olika definitioner används också i olika länder.⁴

Tabell 2.5 Riskabel alkoholkonsumtion, genomsnitt perioden 2004-2007

Män		Kvinnor		Totalt	
<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>
17	586 045	10	326 173	13	912 218

Källa: Folkhälsoinstitutet.

Antalet personer med riskabel alkoholkonsumtion i befolkningen (16–84 år) uppgick 2007, enligt Folkhälsoinstitutets definition, till drygt 900 000 personer (se tabell 2.5). Mellan 2004 och 2007 har den riskabla alkoholkonsumtionens omfattning inte förändrats nämnvärt.

⁴ I följande avsnitt används den definition som Statens folkhälsoinstitut tillämpar i den nationella folkhälsoenkäten. Enligt denna definition föreligger riskbruk av alkohol om minst ett av två kriterier är uppfyllda: (i) konsumtionen överstiger 14 standardglas alkohol i veckan för män och 9 standardglas för kvinnor, samt (ii) om man dricker en större mängd alkohol vid ett tillfälle (5 eller fler standardglas för män och 4 eller fler standardglas för kvinnor).

Tabell 2.6 Riskabel alkoholkonsumtion i befolkningen 2007 och 2008

	Andel 2008		Andel 2007	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
<i>Totalt</i>	16	10	17	10
<i>Ålder:</i>				
16–29	34	26	34	25
30–44	16	7	16	6
44–64	11	6	13	6
65–84	5	1	5	1
<i>Födelse land:</i>				
Sverige	17	11	18	11
Övriga Norden	20	10	12	12
Övriga Europa	9	5	8	4
Övriga världen	6	3	5	3

Källa: Folkhälsoinstitutet, Nationella folkhälsoenkäten 2007 och 2008.

Andelen med riskabel konsumtion i befolkningen (16–84 år) uppgick 2008 till totalt 16 procent bland män och 10 procent bland kvinnor. Nivåerna har varit i princip oförändrade sedan 2004, då de nationella folkhälsoenkätundersökningarna inleddes.

Riskabla alkoholvanor är vanligare bland män än kvinnor i samtliga åldersgrupper. Åldersmässigt är riskabel alkoholkonsumtion mest utbredd bland ungdomar och unga vuxna.⁵ Både bland män och kvinnor är andelen med riskabel alkoholkonsumtion högst i gruppen 16–29 år, 34 respektive 26 procent.

Personer födda i Sverige och övriga Norden har i större utsträckning riskabla alkoholvanor än de som är födda i övriga Europa och övriga världen men bor i Sverige. Bland personer födda i Sverige och övriga Norden uppgår andelen med riskabelt alkoholbruk till omkring 20 procent bland män och 10 procent bland kvinnor. Bland personer födda i övriga Europa är andelarna ungefär hälften så stora och bland personer födda i övriga världen är andelarna ännu mindre.

Det riskabla alkoholbrukets utbredning varierar mellan olika delar av landet. År 2008 var riskabla alkoholvanor bland män mest vanligt förekommande i Hallands och Västra Götalands län med en andel på 19 procent. Höga andelar uppvisade även bland annat

⁵ Detta kan hänga samman med definitionen av riskabelt alkoholbruk vilken i en del omfattar intensivkonsumtion även vid ett fåtal tillfällen, så kallad *binge-drinking*.

Stockholms och Västmanlands län. Bland kvinnor var riskabla alkoholvanor mest vanligt förekommande i Jämtlands län med en andel på 13 procent. Höga andelar uppvisade även bland annat Stockholms och Uppsala län. De regionala uppgifterna ska dock tolkas med viss försiktighet eftersom de tenderar att varieras betydligt mellan olika år.

Ett alternativt sätt att identifiera personer med en alkoholkonsumtion som medför hälsorisker är att studera andelen så kallade storkonsumenter i befolkningen.⁶ År 2006 uppgick andelen storkonsumenter till totalt 7,8 procent. Högst var andelen både bland män och kvinnor i åldersgruppen 16–29 år, 14,5 respektive 8,7 procent. Lägst var andelen i åldersgruppen 55 år och äldre, 8,3 respektive 3,7 procent (SoRAD 2007, s. 61–62).

Mellan 2003 och 2006 minskade andelen storkonsumenter från 8,4 till 7,4 procent, eller från drygt 590 000 till drygt 530 000 personer.⁷ Den totala minskningen härrörde primärt från minskningar bland kvinnor i åldersgruppen 30–49 år och män i åldersgruppen 16–29 år. Den enda ökning av andelen storkonsumenter som registrerades gällde män 65 år och äldre (ibid., s. 61–62).

2.2.3 Skadligt bruk och beroende av alkohol

Uppgifterna om utbredningen av skadligt bruk och beroende av alkohol i Sverige är förhållandevis osäkra. Skattningarna bygger i första hand på olika befolkningsundersökningar. Det har inte gjorts några så kallade *case finding*-studier avseende alkoholmissbruk motsvarande dem som finns avseende narkotikamissbruk (jfr avsnitt 2.3.2).

I Alkoholpolitiska kommissionens delbetänkandet *Vård av alkoholmissbrukare* (SOU 1994:27) skattades antalet personer med alkoholmissbruk till cirka 300 000, varav mellan 50 000 och 100 000 personer med tungt missbruk. Dessa personer bedömdes använda

⁶ I avsnittet används den definition av storkonsumenter som tillämpas av Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning. Med storkonsument avses män och kvinnor som de senaste 30 dagarna konsumerar minst 30 respektive 20 gram ren alkohol. Den fråga som ligger till grund för uppgifterna lyder enligt följande: Hur ofta under de senaste 30 dagarna har du vid ett och samma tillfälle druckit alkohol så att det motsvarar minst en flaska vin (75 centiliter) eller 5 snapsglas sprit (25 centiliter), 4 burkar starköl eller starkcider eller 6 burkar folköl? De som konsumerat denna mängd minst en gång per vecka under de senaste 30 dagarna klassificeras som storkonsument. Det kan antas att en viss andel av storkonsumenterna har ett alkoholberoende.

⁷ Liknande resultat har framkommit i andra undersökningar, till exempel nationella SIFO-undersökningar mellan 1997 och 2003.

alkohol på ett sätt som negativt påverkar deras hälsa, sociala liv och arbete (s. 37).

Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården tolkade i betänkandet *Personer med tungt missbruk* (SOU 2005:82) dessa uppgifter som att den potentiella målgruppen för vård och behandling av alkoholmissbruk omfattar mellan 50 000 och 100 000 personer. Vårdbehovet begränsades sålunda till personer med så kallat tungt missbruk. Vidare noterades i nämnda utredning att uppgifterna om antalet personer med tungt alkoholmissbruk bygger på grova skattningar, vilka inte heller beaktar den sannolika ökning av antalet personer med missbruksproblem som bör ha följt av den betydande ökningen av den totala alkoholkonsumtionen som skett sedan mitten av 1990-talet (s. 35).

Nämnda utredning lät också göra en skattning av antalet personer med så kallat tungt alkoholmissbruk för perioden 1998–2003 utifrån uppgifter i Socialstyrelsens patientregister.⁸ Enligt denna ökade antalet personer med tungt alkoholmissbruk från cirka 76 000 till 80 000 mellan 1998 och 2003. Det motsvarar en ökning på cirka 5 procent (SOU 2005:82, bilaga 2, tabell 2).

Vidare visade skattningen att flest personer med tungt alkoholmissbruk, av naturliga skäl, fanns i de befolkningsmässigt största regionerna. Antalet uppgick till cirka 20 000 i Stockholms län, 14 000 i Västra Götalands län och 8 700 i Skåne län. Minst antal personer med tungt alkoholmissbruk fanns i befolkningsmässigt små län, såsom Gotland och Jämtland. Under perioden 1998 till 2003 ökade antalet personer med tungt missbruk i vissa län medan det minskade i andra. Ökningarna i de tre storstadsregionerna översteg den totala ökningen i landet, vilket indikerar en koncentration av alkoholmissbruket till storstadsregionerna (ibid., bilaga 2, tabell 2).

Av dem som vårdats för alkoholmissbruk var enligt skattningen 74 procent män och 26 procent kvinnor. Medelåldern uppgick till 51 år. Utbredningen bland män och kvinnor och i olika åldersgrupper var i princip oförändrad under perioden 1998–2003 (ibid.).

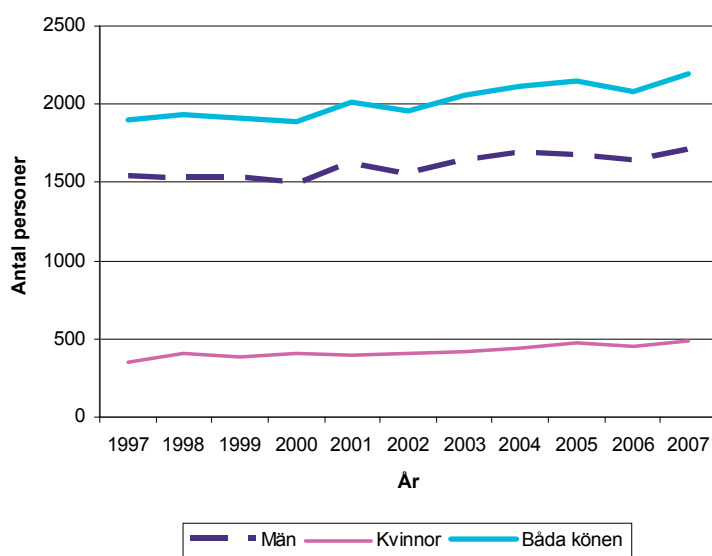
Missbruksutredningen avser göra en förnyad skattning av antalet personer med alkoholberoende som kan inkluderas i slutbetänkandet.

⁸ Skattningarna bygger på uppgifter i Socialstyrelsens patientregister om antal personer som varit inlagda på sjukhus på grund av en alkoholrelaterad diagnos. Metoden finns beskriven i Brottsförebyggande rådet (2003) *Polisens insatser mot narkotikabrottsligheten – omfattning, karaktär och effekter*, rapport 2003:12.

2.2.4 Alkoholrelaterade skadeverkningar

Alkohol påverkar många av kroppens organ och alkoholbruk kan relateras till ett antal sjukdomar och skador. Hög alkoholkonsumtion under lång tid kan leda till bland annat levercirros, bukspottkörtelinflammation, vissa cancerformer, hjärt-kärlsjukdomar samt neurologiska skador och demens. Akuta skador relaterade till hög konsumtion vid enskilda tillfällen är till exempel alkoholförgiftning och kroppsliga skador i samband med våld eller olycksfall. Därtill kan alkoholmissbruk ha negativa sociala effekter, bland annat i form av relations- och försörjningsproblem samt kriminalitet. Exempelvis var 7 av 10 gärningsmän berusade av alkohol vid misshandel mellan obekanta.

Figur 2.2 Alkoholrelaterad dödlighet (Alkoholindex)



Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Den alkoholrelaterade dödligheten kan följas utifrån Socialstyrelsens alkoholindex.⁹ År 2007 uppgick antalet alkoholrelaterade dödsfall till totalt knappt 2 200. Av dödsfallen avsåg drygt 1 700 män och knappt 500 kvinnor.

⁹ Socialstyrelsens alkoholindex omfattar alla underliggande eller bidragande alkoholrelaterade dödsorsaker, se www.socialstyrelsen.se/uppfoljning/oppnajokforeelser/halsodata.

Under perioden 1997–2007 har den alkoholrelaterade dödligheten stadigt ökat, både bland män och kvinnor. År 2007 var antalet dödsfall cirka 200 fler jämfört med 1997, vilket motsvarar en ökning på drygt 10 procent. Dessförinnan uppgick antalet dödsfall under ett antal år till cirka 2000 per år. Den alkoholrelaterade dödligheten i dag är dock lägre än den hittills högsta noteringen från 1979 på cirka 2 300 dödsfall. Åldersmässigt har den alkoholrelaterade dödligheten bland personer under 50 år halverats och i åldersgruppen 50–59 år minskat något. Bland personer äldre än 60 år har dödligheten däremot ökat (jfr CAN 2008a, s. 88–89).

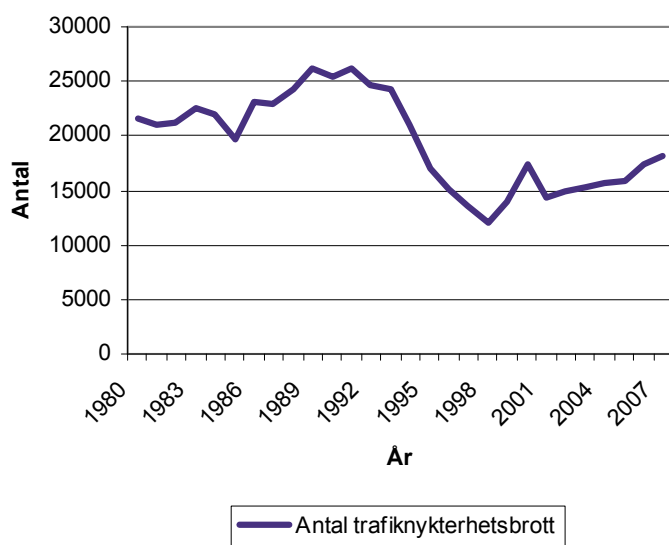
Den alkoholrelaterade dödligheten varierar mellan olika delar av landet. År 2007 spände den mellan 18 och 31 dödsfall per 100 000 invånare. Högst var den i Västmanlands och Gävleborgs län. Höga nivåer återfanns även i Skåne, Gotlands, Värmlands, Södermanlands och Norrbottens län. Lägst var den alkoholrelaterade dödligheten i Hallands och Västerbottens län (Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret).

År 2008 vårdades drygt 100 män per 100 000 invånare och drygt 60 kvinnor per 100 000 invånare för alkoholförgiftning. Från slutet av 1990-talet till 2008 har det skett en påtaglig ökning av antalet personer som vårdas för alkoholförgiftning. Bland män har ökningen varit knappt 50 procent och bland kvinnor drygt 70 procent (Socialstyrelsen).

När det gäller ungdomar och unga vuxna kan noteras att antalet alkoholförgiftningar i åldersgruppen 15–19 år har ökat under den aktuella tidsperioden, både bland pojkar och flickor. Mellan 1998 och 2007 ökade antalet bland pojkar med 37 procent och bland flickor med 68 procent. Mellan 2007 och 2008 noterades för första gången på flera år en viss minskning av antalet unga som vårdats för alkoholförgiftning. Det är dock för tidigt att avgöra om detta representerar ett trendbrott i utvecklingen (Folkhälsoinstitutet 2009a, s. 24–25).

Alkoholkonsumtion har också negativa sociala konsekvenser i form av kriminalitet, bland annat våldsbrott. Enligt en aktuell granskning har 7 av 10 gärningsmän varit berusade av alkohol vid misshandel mellan obekanta (BRÅ 2009).

Figur 2.3 Antal anmälda trafiknykterhetsbrott



Källa: Brottsförebyggande rådet.

Alkoholkonsumtion leder också till trafiknykterhetsbrott. År 2007 uppgick antalet anmälda trafiknykterhetsbrott till totalt drygt 18 000. Från mitten av 1990-talet har det skett en viss ökning av antalet anmälda brott, även om variationerna ibland är betydande mellan enskilda år. Dagens nivå är dock avsevärt lägre än den som rådde under hela 1980-talet och början av 1990-talet (se figur 2.3). I linje med detta är alkohol och droger inblandade i många av de singelolyckor i trafiken som sker nattetid (BRÅ).

2.3 Narkotika

Med narkotika avses de medel som finns upptagna i Socialstyrelsens narkotikaförteckningar. Med narkotikamissbruk avses all icke-medicinsk användning av narkotiska preparat. Innehav och användning av narkotika är kriminaliserat. Vad som är kriminellt varierar dock mellan olika länder, även inom EU, till exempel när det gäller innehav och användning av cannabis.

Narkotikan etablerades i Sverige vid mitten av 1960-talet varefter dess utbredning snabbt ökade under den senare delen av 1960-

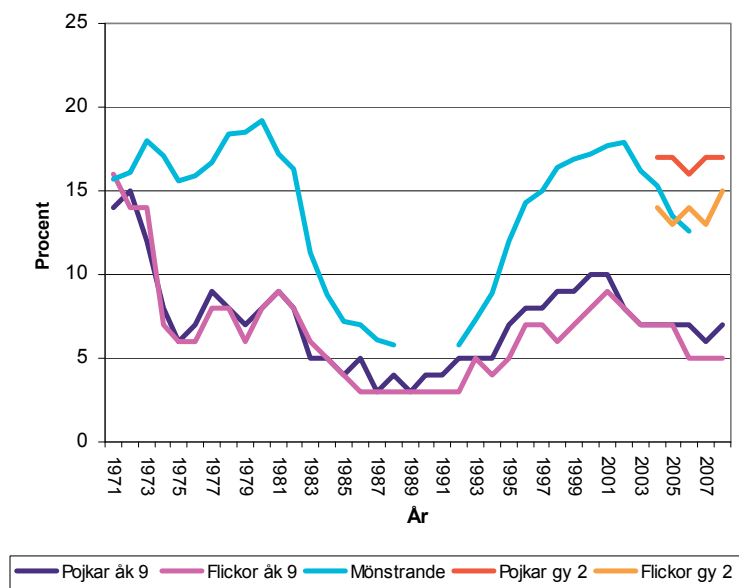
talet och början av 1970-talet. Situationen förefaller ha stabiliserats under den senare delen av 1970-talet och 1980-talet. Under 1990-talet ökade utbredningen av narkotikamissbruket på nytt, för att under början av 2000-talet stabiliseras (jfr SOU 2004:3, s. 65). Antalet personer med tungt narkotikamissbruk förefaller dock ha ökat.

Narkotikaanvändning kan omfatta allt från konsumtion vid enstaka tillfällen till regelbunden och långvarig konsumtion. I det följande beskrivs narkotikaanvändningen som riskabel konsumtion i meningen användning vid enstaka tillfällen samt skadligt bruk eller beroende i meningen injektionsmissbruk vid minst ett tillfälle under det senaste året eller daglig eller nästan daglig användning av narkotika.

2.3.1 Riskabel narkotikakonsumtion

De uppgifter som finns rörande befolkningens erfarenhet av narkotika över tid bygger i första hand på drogvanundersökningar riktade till elever i grund- och gymnasieskolan samt mönstrande män.

Figur 2.4 Experimentell narkotikaanvändning bland unga



Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

År 2008 uppgick andelen elever i årskurs 9 som någon gång använt narkotika till 7 procent bland pojkar och 5 procent bland flickor. Nivån har minskat något under 2000-talet, men den är högre än den nivå på mellan 3 och 4 procent som rådde vid slutet av 1980-talet och början av 1990-talet. Högst var nivån när undersökningarna inleddes i början av 1970-talet.

I undersökningarna riktade till elever i andra året i gymnasieskolan (17–18 år) uppgav 2008 cirka 17 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna att de någon gång använt narkotika. Erfarenheten av att någon gång ha använt narkotika har i denna grupp varit i princip oförändrad sedan undersökningarna inleddes 2004.

Bland mönstrande män (18 år) uppgav, vid det sista mättillfället 2006, 12,6 procent att de någon gång använt narkotika. Undersökningarna riktade till mönstrande respektive elever i årskurs 9 i grundskolan förmedlar en liknande bild av narkotikaanvändningens förändring över tid.

Andelen som använt narkotika de senaste 30 dagarna uppgick 2008, enligt nämnda skolundersökningar, till mellan 1 och 4 procent. I årskurs 9 i grundskolan var andelen 2 procent bland pojkar och 1 procent bland flickor. Motsvarande andelar bland elever i andra året i gymnasieskolan var 4 respektive 2 procent. Bland mönstrande män uppgick 2006 andelen till knappt 2 procent.

När det gäller förändringen över tid har narkotikaanvändning de senaste 30 dagarna följt samma utveckling som erfarenheten att någon gång ha använt narkotika, men på en lägre nivå.

Enligt en undersökning från 2006 riktad till befolkningen 16–84 år hade cirka 10 procent någon gång använt cannabis, vilket motsvarar cirka 700 000 personer i befolkningssegmentet ifråga. I åldersgruppen 18–29 år är andelen som någon gång använt narkotika cirka 25 procent bland män och 20 procent bland kvinnor. Andelen som använt cannabis de senaste 12 månaderna var 8 procent bland män och 4 procent bland kvinnor. I befolkningen 16 till 84 år uppgick motsvarande andel till mellan 1 och 2 procent. Prevalensen är ungefär dubbelt så hög bland män som bland kvinnor (jfr CAN 2008a).

Det är vanskligt att säga något om hur användningen av narkotika har förändrats över tid i befolkningen äldre än 18 år. Enligt fyra undersökningar riktade till åldersgruppen 16–24 år, genomförda mellan 1994 och 2003, uppgick andelen som någon gång använt narkotika till 4, 11, 11 respektive 17 procent (Guttormsson m.fl. 2004). Att det skedde en ökning av narkotikaanvändningen

under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet är i linje med resultaten från de undersökningar riktade till elever i årskurs 9 och mönstrande män som refererats ovan. Den minskning som enligt de senare undersökningarna skett under 2000-talet, kan dock inte beläggas, då den senaste undersökningen till åldersgruppen 16–24 år genomfördes 2003.

När det gäller olika substanser kan konstateras att den experimentella användningen av narkotika i huvudsak avser cannabis. Enligt de olika undersökningar som refererats ovan har under senare år cirka 60 procent av dem som någon gång använt narkotika enbart använt cannabis medan mellan 5 och 10 procent enbart använt annan narkotika än cannabis (jfr MOB 2007, s. 15).

Experimentell användning av narkotika förekommer i hela landet. Det geografiska mönster som framträder i undersökningarna är dock att narkotikaanvändningen är klart mest utbredd i storstadsområden och minst utbredd på mindre orter och i glesbygd (ibid., s. 16).

2.3.2 Skadligt bruk och beroende av narkotika

Med tungt missbruk avses injektionsmissbruk vid minst ett tillfälle det senaste året och allt dagligt eller så gott som dagligt bruk. Grundliga kartläggningar av denna grupp har skett vid tre tillfällen: 1979, 1992 och 1998.¹⁰ Därefter har förenklade skattningar gjorts utifrån uppgifter i patientregistret för perioden 1998 till 2003 samt 2007. Det ska noteras att dessa skattningar rymmer en betydande osäkerhet, men de bör likväl ge en indikation om utbredning vid en given tidpunkt och utveckling över tid.

År 1989 skattades antalet personer med tungt narkotikamissbruk till totalt cirka 26 000 (mellan 24 500 och 28 500). Detta kan jämföras med 1992 års studie som skattade antalet till totalt cirka 19 000 (mellan 17 000 och 20 500) och 1979 års studie som skattade antalet till totalt 15 000 (mellan 13 500 och 16 500). Från dessa studier kan sålunda utläsas att antalet personer med tungt narkotikamissbruk ökade med drygt 25 procent mellan 1979 och 1987 och

¹⁰ Med *case finding*-studier avses studier som baseras på antalet personer som är kända hos olika myndigheter och organisationer. Genom statistiska analysmetoder (*capture-recapture*-metodik) skattas mörkertalet i form av personer med tungt missbruk som inte är kända av myndigheter och organisationer. Det totala antalet personer med tungt missbruk är summan av antalet personer kända vid myndigheter och organisationer och antalet personer som utgör det beräknade mörkertalet.

med drygt 35 procent mellan 1987 och 1992. Det motsvarar en ökning om cirka 2 procent per år under den förra perioden och cirka 6 procent under den senare (Ds S 1980:5, SOU 1987:22, Olsson m.fl. 2001, s. 23–30).

Enligt de förenklade skattningarna för perioden 1998–2003 uppgick antalet personer med tungt narkotikamissbruk 1993 till 26 000. Det högsta antalet noterades för 2001 med 28 000 personer. Det skulle kunna tyda på att det under den senare delen av den aktuella perioden skett en minskning, eller åtminstone en stabilisering, av antalet personer med tungt narkotikamissbruk.

Enligt den senaste skattningen avseende 2007 uppgår antalet personer med så kallad problematisk narkotikaanvändning (tungt missbruk) till totalt 29 500 (Socialstyrelsen 2009). Skattningen är inte helt jämförbar med de som gjordes för perioden 1998 till 2003. I den senaste skattningen har till skillnad från i de tidigare skattningarna även uppgifter från kriminalvården inkluderats. Med reservation för svårigheten att jämföra uppgifter mellan de olika skattningarna indikerar de senaste uppgifterna att antalet med tungt narkotikamissbruk mellan 2003 och 2007 har ökat med 3 500 personer eller drygt 13 procent.

Fördelningen mellan män och kvinnor var i princip densamma i de tre ovan nämnda kartläggningarna från 1979, 1987 och 1998 av det tunga narkotikamissbruket, cirka tre fjärdedelar män och en fjärdedel kvinnor (Olsson m.fl. 2001, s. 42 och 50).

Medelåldern bland personer med tungt narkotikamissbruk har ökat över tid, från 27 år 1979, till 32 år 1992, och till 35 år 1998. I 1979 års studie återfanns en stor del av personerna i åldersgruppen 20–29 år. I 1992 års studie återfanns en stor del av personerna i åldersgruppen 30–39 år, medan andelen i åldrarna 20–29 år minskat påtagligt. I 1989 års studie återfanns påtagligt fler jämfört med tidigare i åldersgruppen 40 år och äldre, men flest personer återfanns fortfarande i åldersgruppen 30–39 år. Detta mönster visar på en åldrande population av personer med tungt narkotikamissbruk (ibid., s. 38, 42 och 50). Enligt skattningen avseende 2003 var medelåldern cirka 38 år och andelen kvinnor och män cirka 35 respektive 65 procent (SOU 2005:82).

I detta sammanhang bör också noteras att det i den nationella narkotikasamordnarens slutrapport hävdades att aktuella studier tyder på att personer med narkotikamissbruk använder droger mer frekvent och mer destruktivt än tidigare (MOB 2007, s. 16).

Tungt missbruk av narkotika förekommer i hela landet, men är koncentrerat till större städer och i första hand till de tre storstadsregionerna. År 2003 skattades antalet personer med tungt narkotikamissbruk till cirka: 6 600 i Stockholms län, 5 000 i Västra Götalands län och 3 800 i Skåne län. Minst antal fanns enligt skattningen i Gotlands, Jämtlands och Blekinge län, vilka är befolkningsmässigt små län (SOU 2005:82, bilaga 2, tabell 2).

När det gäller användningen av olika narkotiska preparat visar 1998 års kartläggning att centralstimulantia, företrädesvis amfetamin, var den vanligaste huvuddrogen. Det var huvuddrog för 32 procent personerna med tungt narkotika missbruk. Näst vanligast var opiater, företrädesvis heroin, med en andel på 28 procent. Cannabis var huvuddrog för 8 procent av personerna med tungt missbruk. Jämfört med de två tidigare kartläggningarna av tungt narkotikamissbruk har opiaterna blivit mer vanligt som huvuddrog medan cannabis har blivit mindre vanlig som huvuddrog (Olson m.fl. 2001, tabell 13).

Av nämnda kartläggning framgick också geografiska skillnader när det gäller förekomsten av olika narkotiska preparat. Den tydligaste skillnaden är att opiatmissbruk är mer utbrett i storstadsområden än i landet i övrigt. Andelen personer med tungt missbruk som använder opiater uppgick till 38 procent i storstäder och 11 procent i övriga landet (Lander m.fl. 2002, s. 16).

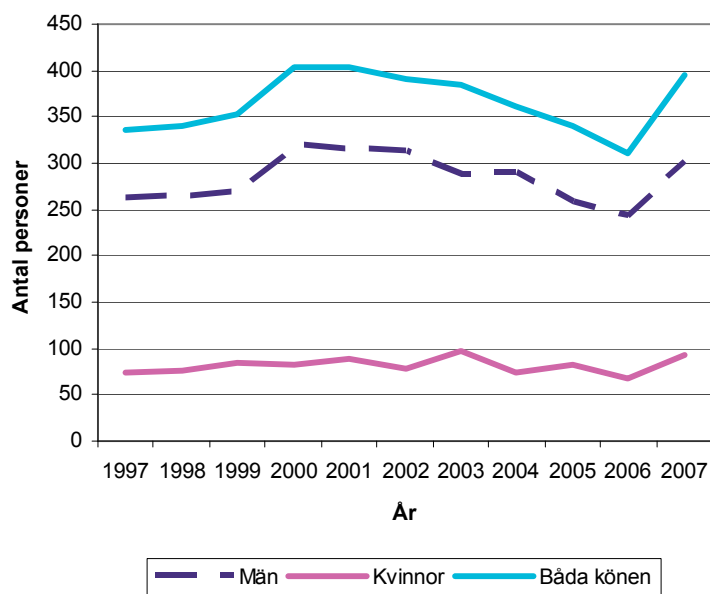
2.3.3 Narkotikarelaterade skadeverkningar

Narkotikaanvändning medför en allvarligt ökad risk för dödlighet till följd av narkotikaförgiftning (överdos), kroniska sjukdomar och kroppsliga skador.¹¹ Nedan beskrivs utvecklingen dels av den narkotikarelaterade dödligheten, dels av virusinfektioner med hiv samt hepatit B och C i egenskap av sjukdomar som är jämförelsevis vanligt förekommande bland personer som använder narkotika eftersom de bland annat kan överföras om verktyg delas vid intravenöst missbruk. Därtill har narkotikamissbruk sociala konsekven-

¹¹ Narkotikaanvändning har både individuella och sociala effekter. De individuella effekterna omfattar dels psykologiska effekter i form av bland annat personlighetsförändring och självstigma, dels medicinska eller biologiska effekter i form av bland annat akut risk för död i överdos, infektionssjukdomar (hiv, hepatit B och C etc.) och därmed förknippade komplikationer såsom levernekros/cirros, diverse bakterieinfektioner, mjukdelsinfektioner, stroke och annan hjärt-kärlsjukdom. De sociala effekterna omfattar bland annat kriminalitet, utsatthet, stigma och diskriminering, exponering för olyckor och brott samt hemlöshet och försörjningsproblem.

ser, inte minst i form av kriminalitet eftersom allt innehav och bruk av narkotika, till skillnad mot alkohol, är illegalt.

Figur 2.5 Narkotikarelaterad dödlighet (Narkotikaindex) 1997–2007



Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

År 2007 uppgick antalet narkotikarelaterade dödsfall till cirka 400. Av dessa var drygt 300 män och knappt 100 kvinnor. Antalet 2007 är i paritet med den nivå som rådde i början av 1990-talet, men 15 procent högre jämfört med 1997.

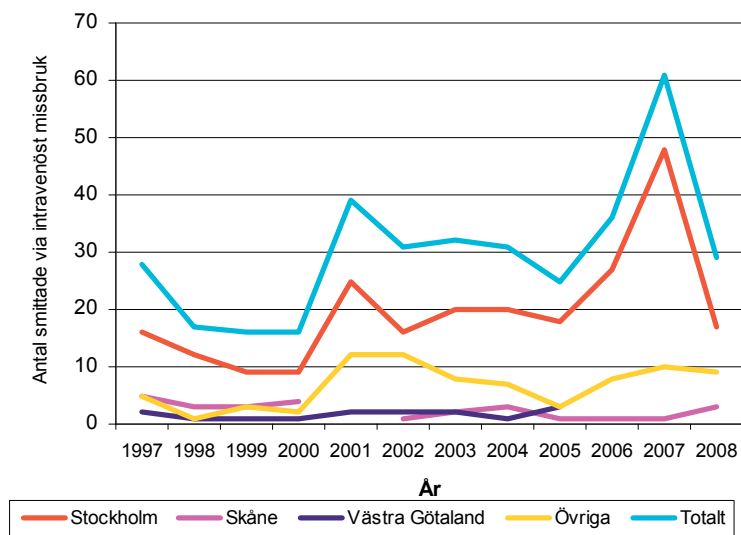
De regionala skillnaderna i narkotikarelaterad dödlighet är betydande. År 2007 varierade antalet dödsfall per 100 000 invånare mellan 7,3 och 0,4 mellan olika län. Högst var den narkotikarelaterade dödligheten i Skåne län. Höga nivåer uppvisade även Värmlands, Stockholms och Gävleborgs län. Lägst var dödligheten i Norrbottens län. Låga nivåer uppvisade även Gotlands, Jämtlands, Dalarnas och Södermanlands län. (Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret).

År 2008 anmäldes totalt 115 fall av hiv i Sverige, varav 16 bedömdes ha smittats genom intravenöst missbruk. Sedan 2002 har antalet anmälda fall av hiv genom intravenöst missbruk varit

omkring 30 per år med undantag för 2007 då antalet uppgick till 61 (se figur 2.6).

Av de anmälda (nya) hiv-fallen 2008 var 12 män och 4 kvinnor. Åldermässigt var fallen fördelade enligt följande: 1 i åldersgruppen 25–29 år, 2 i åldersgruppen 30–39 år, 9 i åldersgruppen 40–49 år och 4 i åldersgruppen 50 år och äldre.

Figur 2.6 Fall av hiv intravenöst missbruk 1998–2008



Källa: Smittskyddsinstitutet.

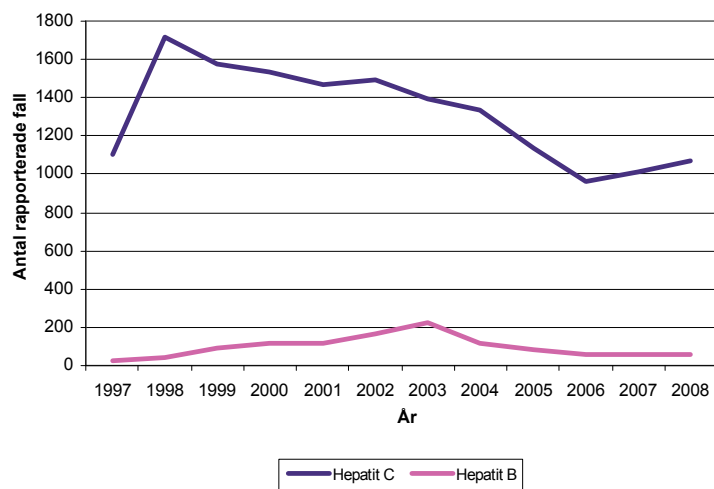
Under den senaste tioårsperioden har antalet anmälda hiv-fall varit förhållandevis stabilt, med undantag får något enstaka år med extrema värden, till exempel 2007. Dagens nivå är dock avsevärt lägre än den hiv-epidemi som drabbade personer med missbruk vid mitten av 1980-talet. År 1986 anmäldes totalt 205 nya hiv-fall i Sverige varav 168 i Stockholms län.

Infektionerna med hiv är koncentrerade till storstadsregionerna, särskilt Stockholm. Av de totalt 361 fall som anmäls mellan 1997 och 2008 gällde 237 fall eller 66 procent Stockholms län, 27 fall eller 7 procent Skåne län, 17 fall eller 5 procent Västra Götalands län och 80 fall eller 22 procent övriga Sverige.

År 2008 rapporterades 178 fall av hepatit B, varav 61 genom intravenöst missbruk. Av de rapporterade fallen som smittats

genom intravenöst missbruk var 42 män och 19 kvinnor. Totalt 76 procent hade smittats i Sverige. Medelåldern var 39 år bland män och 37 år bland kvinnor.

Figur 2.7 Fall av hepatit B och C intravenöst missbruk 1997–2008

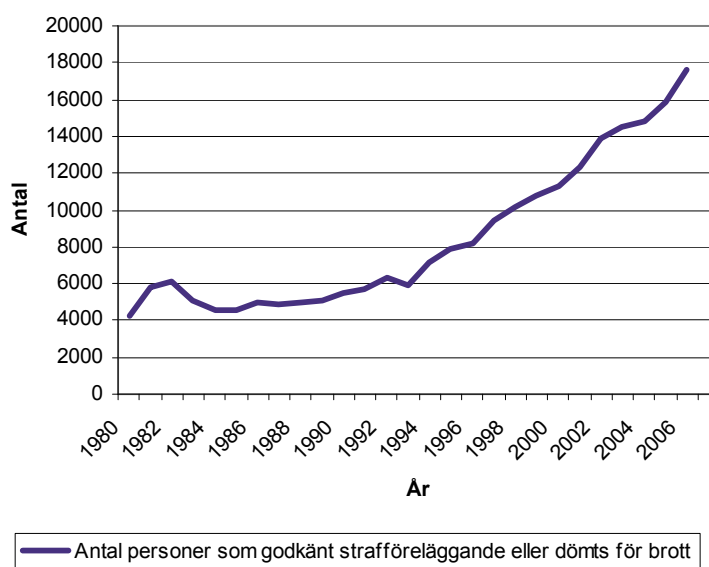


Källa: Smittskyddsinstitutet.

År 2008 rapporterades totalt 2 520 nya fall av hepatit C, varav 1 071 genom intravenöst missbruk. Antalet smittade genom intravenöst missbruk är i dag betydligt lägre än det var vid den hittills högsta noteringen 2003. Av dem som smittades 2008 var 764 män och 307 kvinnor.

Av de totalt 1 071 fall av hepatit C som rapporterades smittats genom intravenöst missbruk 2008 gällde 246 eller 23 procent Stockholms län, 138 eller 13 procent Skåne län, 201 eller 19 procent Västra Götalands län och 486 eller 45 procent övriga landet. Hepatit B har ett liknande regionalt mönster, även om antalet fall är väsentligt lägre.

Figur 2.8 Brott enligt narkotikastrafflagen 1980–2006



Källa: Rikspolisstyrelsen och Brottsförebyggande rådet.

År 2006 uppgick antalet personer som godkänt strafförelägganden eller dömts för narkotikabrott enligt narkotikastrafflagen till totalt 17 600. Antalet har ökat stadigt sedan mitten av 1990-talet. Med reservation för att antalet kan påverkas som ett resultat av att polisen och rättsväsendet förändrar arbetssätt, indikerar ökningen att de sociala konsekvenserna av narkotikamissbruk har tilltagit över tid och i dag befinner sig på en historiskt sett hög nivå.

2.4 Dopningsmedel

Dopning avser otillåten hantering av sådana medel som omfattas av lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel. De dopningsmedel som är förbjudna enligt lagen är syntetiska anabola steroider, testosteron och dess derivat, tillväxthormon och kemiska substanser som ökar produktion och frigörelse av testosteron och dess derivat eller av tillväxthormon. Dopningsbrott kan leda till fängelsestraff om upp till fyra år.

Missbruk av dopningsmedel har sitt ursprung inom elitidrotten. Över tid har dock dopning spridit sig även till andra grupper, till exempel personer som använder dopningsmedel för att förverkliga kroppsliga estetiska ideal. Utredningens målgrupp är inte i första hand elitidrottare, utan personer som använder dopningsmedel av andra skäl.

Det råder betydande osäkerhet om dopningens utbredning i Sverige. Flertalet uppgifter härrör från intervju- och enkätstudier, främst riktade till elever i grund- och gymnasieskolan samt i några fall riktade till befolkningen i vidare bemärkelse.¹² Flertalet studier är också begränsade till anabola androgena steroider, vilket förvisso är det vanligast förekommande, men inte det enda, dopningsmedlet.

2.4.1 Riskabel konsumtion av dopningsmedel

Resultaten från ovan nämnda undersökningar indikerar att andelen unga och unga vuxna i Sverige som någon gång har använt dopningsmedel, företrädesvis anabola androgena steroider, uppgår till mellan 1 och 5 procent (CAN 2008a, jfr Thiblin och Pettersson, 2005). Andelen i befolkningen som helhet ligger i den nedre delen av intervallet, cirka 1 procent.

I årskurs 9 (15–16 år) uppgav under perioden 1993–2008 mellan 1 och 2 procent av pojkarna och 0 och 1 procent av flickorna de någon gång hade använt anabola androgena steroider. I andra året i gymnasieskolan (17–18 år) uppgick under perioden 2004–2007 motsvarande andelar till mellan 1 och 2 procent bland pojkar och 0 och 1 procent bland flickor. Bland månstrande (18 år) var 2006 andelen som någon gång använt anabola androgena steroider 0,6 procent. Från 1994, då frågor om dopningsmedel infördes i undersökningen ifråga, har andelen minskat från 1,4 procent (CAN 2008, s. 163–167).

¹² Det har rests invändningar mot möjligheten att skatta omfattningen av dopning utifrån enkät- och intervjuundersökningar. Vissa hävdar att användning av anabola androgena steroider underrapporteras eftersom det krävs en långsiktig användning för att uppnå önskade resultat från muskelbyggande träning. Vidare hävdas att de vanligast förekommande enkätundersökningarna riktade till elever och månstrande inte ger en korrekt bild av dopningens utbredning eftersom huvuddelen av de som använder dopningsmedel är mellan 20 och 30 år och sällan nås av enkätundersökningar (SOU 2008:120, s. 143 samt s. 570). Andra hävdar att det snarare sker en överskattning av dopningsproblemets utredning eftersom det stora flertalet av de som någon gång använder dopningsmedel självmant upphör med detta inom en relativt kort tid, det vill säga utan någon riktad vård- eller stödinsats.

I internationell jämförelse framstår användningen av dopningsmedel i Sverige ha en utbredning som är i nivå med den som råder i flertalet länder i västra Europa, men mindre än i USA och länder i östra Europa (ibid.).

I en studie från 2008 skattades antalet personer som någon gång har använt anabola androgena steroider till mellan 50 000 och 100 000, eller cirka 1 procent av Sveriges totala befolkning om drygt 9 miljoner invånare (Sjöqvist m.fl. 2008).

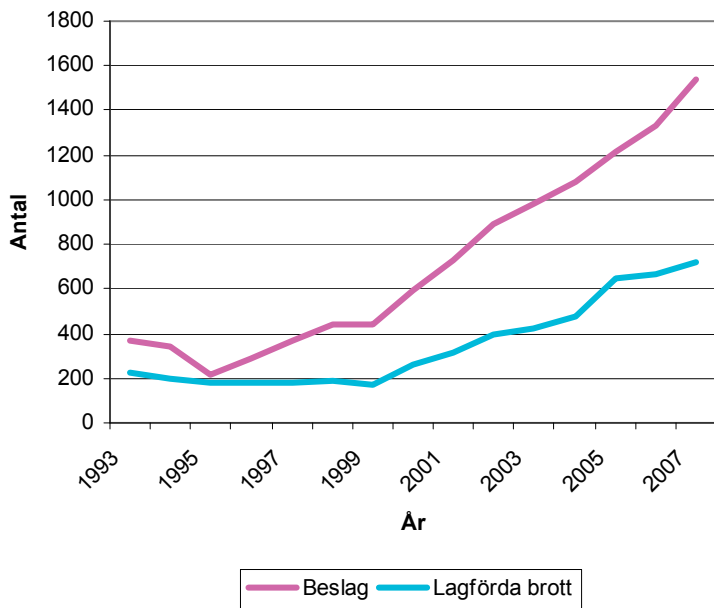
2.4.2 Skadligt bruk och beroende av dopningsmedel

Antalet personer som har aktuell erfarenhet av användning av anabola androgena steroider har uppskattats till mellan 8 000 och 40 000 (Thiblin 2008). Denna uppgift bygger på en överslagsberäkning som utgår dels från ovan nämnda uppgifter om det totala antalet personer som någon gång i livet har använt dopningsmedel och dels från uppgifter om hur stor andel av dem som någon gång använt narkotika som utvecklar beroende (Thiblin 2009).

Användningen av dopningsmedel är starkt koncentrerad till yngre män. Enligt statistik från Dopingjouren är merparten av de som använder dopningsmedel mellan 17 och 32 år. Att dopningsmedel i princip uteslutande används av män framgår av ovan refererade undersökningar riktade till skolelever och mönstrande.

Dopningens utbredning och utveckling kan också belysas genom uppgifter om tullens och polisens beslag av dopningsmedel samt antalet lagförda brott enligt lagen (1991:1969) om förbud av vissa dopningsmedel (se figur 2.9). Av statistiken framgår att det totala antalet beslag av dopningsmedel i Sverige har ökat varje år under den senaste tioårsperioden, från drygt 200 till drygt 1 500 per år. Även den totala mängd som beslagtogs har ökat under den aktuella tidsperioden, men inte lika mycket som antalet beslag. Den totala mängd som beslagtogs varierar också påtagligt mellan olika år. Parallellt med att beslagen har ökat i antal och volym har antalet lagförda brott enligt lagen om förbud mot vissa dopningsmedel ökat.

Figur 2.9 Beslag av dopningsmedel och lagförda brott 1993–2007



Källa: Tullverket, Rikspolisstyrelsen och Brottsförebyggande rådet.

Utredningen har låtit göra en skattning av antalet så kallade frekventa användare av dopningsmedel (Thiblin 2009). I detta sammanhang bör det dock noteras att dopningsmedel normalt tas i form av tidsbegränsade kurer. Frekvent användning av dopningsmedel, i den mening att en person genomgår hela eller återkommande kurer, följer sålunda ett annat mönster än regelbunden användning av andra läkemedel eller av narkotiska preparat.

Skattning indikerar att antalet uppgår till totalt 10 000 personer. Denna skattning utgår från en överslagsberäkning som bygger på polisens och tullens antal beslag av dopningmedel. Antalet beslag har multiplicerats med en faktor som beräknats genom att dela antalet beslag av heroin med antalet användare (beroende) av heroin (ibid.). Generellt är det svårt att skatta antalet användare utifrån beslagsstatistik, då antalet beslag i hög grad påverkas av polisens och tullens arbetsmetoder. Vidare är uppgifterna om antalet användare av heroin osäkra. Mot denna bakgrund bör skattningen tolkas med försiktighet.

Även i anslutning till Narkotikautredningen bedömdes antalet så kallade frekventa användare av anabola androgena steroider uppgå till cirka 10 000 personer (SOU 2008:120, bilaga 5). Antalet har också nyligen skattats till 10 000 av Folkhälsoinstitutet (2009c).

2.4.3 Dopningsrelaterade skadeverkningar

Missbruk av dopningsmedel medför, i likhet med missbruk av andra substanser, en förhöjd risk för sjukdom och skador. Till skillnad från många andra läkemedel har dock inte anabola androgena steroider en dokumenterat akut giftighet vid överdosering. Det är även tveksamt om beroende utvecklas i biologisk mening. Utöver kroppsliga förändringar kan dopning medföra effekter i form av bland annat nedsatt fertilitet, ofördelaktig blodfetsprofil samt diverse hjärtrelaterade komplikationer. I de fall dopningsmedel injiceras följer på motsvarande sätt som vid intravenöst narkotikabruk risk för överföring av infektioner, såsom hiv och hepatit. Vidare kan missbruk av dopningsmedel medföra psykiska effekter i form av humör- och personlighetsförändringar, depressiva symptom och aggressivitet. Dessutom kan missbruk av dopningsmedel ha sociala effekter, till exempel i form av kriminalitet och relationsproblem (jfr Folkhälsoinstitutet 2009c).

Utredningen har låtit göra en rättskemisk undersökning av förekomst av dopningsmedel hos ett 100-tal personer vars död av rättsläkaren bedömts sannolikt vara orsakad av missbruk. Resultaten visar att 3 av 100 av de undersökta personerna hade använt dopningsmedel. Utifrån dessa resultat och tidigare forskning kan slutsatsen dras att "våldsamt död" till följd av användning av dopningsmedel är förhållandevis ovanlig och att blandmissbruk som inkluderar dopningsmedel är relativt ovanligt. Cirka 10 procent av unga blandmissbrukare bedöms av och till använda anabola androgena steroider. Frekvent missbruk i meningen att genomgå hela eller flera kurer är sannolikt mindre utbrett än vad som tidigare antagits (Thiblin 2009).

Kriminalitet är en social konsekvens även av dopning. Under perioden 1993–2007 har antalet lagförda brott enligt lagen om förbud mot vissa dopningsmedel ökat (se figur 2.9). Med reservation för att antalet lagförda brott kan påverkas av förändringar i polisens och rättsväsendets arbetssätt, indikerar uppgifterna att de sociala effekterna av dopning har tilltagit.

2.5 Blandmissbruk

Det är vanligt förekommande att personer med missbruk eller beroende använder flera olika substanser, till exempel att de använder flera olika narkotiska medel eller både narkotika och alkohol. Därtill kan missbruk av alkohol eller narkotika kombineras med olämpligt bruk av läkemedel eller dopningsmedel. Blandmissbruket, i dess olika former, förefaller också, baserat på de uppfattningar som professionella inom missbruks- och beroendevården samt brukar- och klientorganisationer framfört till utredningen, ha ökat över tid.

Många narkotikaanvändare har en hög alkoholkonsumtion, och inte sällan ett skadligt alkoholbruk. Redan i en rapport från Utredningen om narkotikabrukets omfattning konstaterades detta (Ds 1980:5). I 1998 års kartläggning av narkotikamissbrukets utbredning konstaterades att 42 procent av personerna som missbrukade narkotika samtidigt missbrukade alkohol. En något högre andel män än kvinnor hade problem med blandmissbruk i denna form, 43 respektive 38 procent (Olsson m.fl. 2001). Ett specialfall av blandmissbruk som bland annat rapporteras från professionella verksamma i missbruks- och beroendevården är att personer med opiatberoende som genomgår substitutionsbehandling har en tendens till problematiskt hög alkoholkonsumtion.

Av de drygt 900 personer som under 2008 tvångsvårdats enligt LVM framgår av intagningsintervjun i DOK att en dryg tredjedel dagligen har använt mer än en psykoaktiv substans. Cirka 25 procent har använt alkohol i kombination med narkotika och cirka 30 procent narkotika i kombination med läkemedel (Statens institutionsstyrelse 2009).

Bilden av att blandmissbruk är utbrett styrks också av den analys av ASI-dokumentation som utredningen låtit göra. Av klienterna har enligt nämnda studie cirka 70 procent problem med alkohol, 50 procent med narkotika och 25 procent problem med både alkohol och narkotika. En något större andel män än kvinnor har problem med både narkotika och alkohol (Armelius och Armelius 2009).

Även mellan användning av dopningsmedel och andra droger finns ett starkt samband. Undersökningar av personer som sökt vård för missbruk av dopningsmedel i Sverige har visat att upp till 95 procent av de sökande använt andra substanser tillsammans med anabola androgena steroider (Skårberg 2009). Andra studier,

företrädesvis från andra länder, har visat att anabola androgena steroider i första hand kombineras med läkemedel (tillväxthormon, insulin, etc.) och i andra hand narkotika (jfr Folkhälsoinstitutet 2009c, s. 37). Andra läkemedel används bland annat för att dämpa sidoeffekterna av dopning.

2.6 Samsjuklighet

Utredningen har låtit göra en genomgång av forskningen rörande förekomsten av samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende av alkohol och narkotika (Öjehagen 2009). Denna visar att personer med missbruk eller beroende löper en klart förhöjd risk för psykisk sjukdom, och vice versa; att förekomsten av psykisk sjukdom är högre vid svårare missbruk; att personer med narkotikamissbruk har högre förekomst av psykisk sjukdom än personer med alkoholmissbruk, samt; att kvinnor oftare än män har psykisk sjukdom.

Det finns relativt få nordiska epidemiologiska studier av den storlek och kvalitet som bör krävas för uppgifter om samsjuklighet. Resultaten i de studier som finns överensstämmer med resultaten i internationella studier. Mellan 30 och 50 procent av de personer som söker vård för missbruk eller beroende har också prevalens för psykisk sjukdom. Bland de som söker vård för psykisk ohälsa har mellan 20 och 30 procent samtidigt missbruk eller beroende.

Inom tvångsvården enligt LVM har studier visat att cirka 60 procent av klienterna uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos. (Gerdner och Fridell 2007). Av patienter vårdade enligt LPT eller LRV, som definitionsmässigt lider av allvarlig psykisk störning, hade vid en endagscensus 2008, nästan 50 procent kända problem med missbruk eller beroende och cirka 20 procent aktuella problem (Gerdner och Berglund 2009, s.19). Den analys av ASI-data som utredningen låtit göra visar att knappt 30 procent av missbruksklienterna uppfyller kriterierna för svår psykisk störning (Armelius och Armelius 2009).

2.7 Sammanfattning och slutsatser

Bruket av olika psykoaktiva substanser är ett samhälleligt problem av stor omfattning och med stora skadeverkningar. Detta står klart även om det är svårt att ge en detaljerad bild av antalet personer som har ett riskbruk, skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel.¹³

2.7.1 Missbrukets utbredning

Alkohol som problemdrog har klart störst utbredning. Den står också för de största negativa konsekvenserna i form av dödlighet, sjukdom och skador relaterade till konsumtion av psykoaktiva substanser.

Den svenska alkoholkonsumtionen har ökat markant sedan mitten av 1990-talet och befinner sig i dag på en historiskt sett jämförelsevis hög nivå. Jämfört med många andra länder är den svenska konsumtionen låg. Flera av de länder som har hög konsumtion uppvisar dock en minskande konsumtion. En liten andel av befolkningen står för en stor andel av konsumtionen. Antalet personer med riskabel alkoholkonsumtion uppgår enligt aktuella skattningar till cirka 900 000. Antalet personer med alkoholmissbruk uppgår enligt skattningar från mitten av 1990-talet till cirka 300 000, varav mellan 50 000 och 100 000 har tungt missbruk. Enligt mer aktuella skattningar uppgår antalet personer med alkoholberoende till cirka 80 000 personer.

Alkoholens skadeverkningar har också uppvisat en ökande trend sedan 1990-talet, bland annat har antalet alkoholrelaterade dödsfall och antalet alkoholpsykos ökat.

¹³ Det finns flera orsaker till att det är svårt att förmedla en tydlig bild av den rådande missbrukssituationen i Sverige. Dels definieras bruk och missbruk olika för de olika grupperna av psykoaktiva substanser, men ibland också för en och samma substans eller substansgrupp. Dels är uppgifterna i flera fall osäkra, särskilt när det gäller läkemedel och dopningsmedel. Dels är blandmissbruk av flera olika substanser utbrett, särskilt när det gäller tungt missbruk, vilket gör det svårt att utifrån olika psykoaktiva substansers utbredning bedöma det totala antalet personer med skadligt bruk eller beroende, och i förlängningen antalet personer som är i behov av vård och behandling.

Tabell 2.7 Missbrukssituationen i Sverige

	Andel	Antal
Alkohol		
- Riskabel konsumtion		900 000
- Skadligt bruk		300 000
- Beroende (vårdade för alkoholdiagnos)		80 000
Narkotika		
- Riskabel konsumtion (någon gång)	10 %	
- Beroende (vårdade för narkotikadiagnos)		29 500
Läkemedel		
- Skadligt bruk (tillvanda eller beroende)		250 000
Dopningsmedel		
- Riskabel konsumtion (någon gång)	1 %	
- Skadligt bruk och beroende (frekvent användning)		10 000
Blandmissbruk		
- Tungt narkotika och alkohol	40 %	
- Missbruksklienter med alkohol och narkotika (ASI)	25 %	
Samsjuklighet		
- Missbruk (sökt vård) och psykisk sjukdom	30–50 %	
- Psykisk sjukdom (sökt vård) och missbruk	20–30 %	

Narkotikamissbruket är mer begränsat, men i vissa former mycket allvarligt. Det kan medföra en påtagligt förhöjd risk för dödlighet, sjukdomar och skador i övrigt. Till exempel medför intravenöst bruk av heroin en kraftigt förhöjd risk för död genom överdos. Andelen unga och unga vuxna som någon gång har använt narkotika uppgår till mellan 5 och 17 procent, beroende på åldersgrupp. Den experimentella narkotikaanvändningen har minskat under 2000-talet och är idag relativt låg. Antalet personer med tungt narkotikamissbruk har nyligen skattats till 29 500, vilket innebär en ökning jämfört med tidigare skattningar.

Narkotikans skadeverkningar har dock inte ökat. Exempelvis har nivån för narkotikarelaterade dödsfall samt nyanmälda fall av hiv och hepatit B och C varit stabil, även om det funnits avvikelser enskilda år.

Olämplig användning av läkemedel är av allt av döma vanlig. Antalet tillvanda eller beroende har skattats till cirka 250 000 per-

soner. Utredningen avser, som nämnts ovan, återkomma med en mer detaljerad bedömning av läkemedelsberoendets utbredning i slutbetänkandet.

Dopningens utbredning framstår som förhållandevis begränsad. Cirka 1 procent av befolkningen har någon gång använt dopningsmedel. Antalet frekventa användare uppgår till cirka 10 000. Kunskaperna är dock jämförelsevis begränsade om såväl dopningens förekomst och utveckling över tid som dess skadeverkningar.

Blandmissbruk är vanligt förekommande. Drygt 40 procent av personerna som injicerar eller så gott som dagligen använder narkotika har parallella alkoholproblem. Utredningens analys av ASI-data visar att 25 procent av klienterna har problem med både alkohol och narkotika. En studie av personer som sökt vård för problem förknippade med användning av dopningsmedel visar att cirka 95 procent även använder andra psykoaktiva substanser. Från professionella inom missbruks- och beroendevården samt brukar- och klientorganisationer förmedlas en bild att blandmissbruket har ökat över tid.

Mellan 30 och 50 procent av de som söker vård för missbruk eller beroende har prevalens för psykisk sjukdom. Mellan 20 och 30 procent av de som söker vård för psykisk ohälsa har samtidigt missbruk eller beroende.

2.7.2 Kön, ålder och geografi

Riskbruk, skaldigt bruk och beroende är i högre grad ett problem bland män än bland kvinnor. Andelen med riskabel alkoholkonsumtion är 16 procent bland män och 10 procent bland kvinnor. Av dem som vårdats för alkoholmissbruk är cirka 75 procent män och 25 procent kvinnor. Den experimentella användningen av narkotika är avsevärt vanligare bland män än kvinnor. Av dem som vårdats för narkotikamissbruk är 65 procent män och 35 procent kvinnor. Dopningsmedel används i princip uteslutande av män.

Åldersmässigt är riskbruk av alkohol mest vanligt bland ungdomar och unga vuxna. Även experimentell användning av narkotika är mest utbredd bland unga. Medelåldern bland de som vårdats för alkoholdiagnos eller narkotikadiagnos var vid mitten av 2000-talet 51 respektive 35 år. Dopning är starkt koncentrerad till män mellan 20 och 30 år.

Psykoaktiva substanser används i hela landet, även om det finns variationer mellan landets olika delar. Alkoholproblem är vanliga i hela landet. Narkotikaproblem är koncentrerade till större städer och de tre storstadsregionerna i synnerhet. Detta gäller i första hand intravenöst missbruk. Även dopning är mer vanligt förekommande i tätbefolkade områden.

3 Internationell utblick

I detta kapitel beskrivs översiktligt hur ett urval av andra länder har organiserat sin missbruks- och beroendevård samt förekomsten av tvång vid vård och behandling. Syftet är att få vägledning inför utformningen av utredningens egna alternativa modeller.

3.1 Länder och frågeställningar

Som tidigare framgått är det huvudsakliga syftet med denna diskussionspromemoria att få en bred debatt om organiseringen av den framtida svenska missbruks- och beroendevården. Det gäller både ansvaret för frivilliga insatser och på vilka grunder som insatser kan bestämmas utan den enskildes samtycke, det vill säga med tvång.

En central fråga för val av framtida modell är om vi ska justera i nuvarande system eller välja annan mer genomgripande väg. Inför detta vägval har utredningen bedömt det värdefullt att inte bara begränsa sig till svenska erfarenheter och lösningar, utan också vidga perspektivet via en internationell utblick. Slutsatserna från den internationella utblicken har därefter påverkat utformningen av utredningens egna alternativa modeller.

Vid en sådan jämförelse mellan förhållandena inom olika länder är det givetvis intressant att studera de länder som har någorlunda likartade förhållanden med Sverige. De nordiska länderna – Norge, Danmark och Finland – är därför självklara val. Utredningen har även studerat några större europeiska länder – Frankrike, Nederländerna, Storbritannien och Tyskland – samt två tongivande utomeuropiska länder – Australien och Canada.

En fördjupad internationell jämförelse kommer att presenteras i utredningens slutbetänkande. I detta kapitel är syftet framför allt att översiktligt belysa några centrala teman som har betydelse vid utformningen av modellerna som presenteras i kap. 4 och kap. 5.

Hur är missbruks- och beroendevården organiserad? Förekommer det en eller flera huvudmän som ansvarar för olika delar i vårdkedjan? Hur ser ansvaret ut för hälso- och sjukvårdsuppgifter respektive sociala insatser? Förekommer det tvång vid vård och behandling av vuxna personer som missbrukar? Är tyngdpunkten i så fall medicinskt, socialt eller straffrättsligt tvång?

Även om internationella utblickar kan vara informativa på flera olika sätt, finns det begränsningar som hänger samman med särdrag i olika länders förvaltningsmässiga grundstrukturer. Detta minskar jämförbarheten mellan länderna. De nordiska länderna utmärks av en uppgiftsfördelning mellan tre förvaltningsnivåer – stat, län/region och kommun. Ett svenskt särdrag är att samtliga dessa nivåer har egen finansieringskälla genom rätten att beskatta befolkningen.

Den internationella utblicken i detta kapitel är Missbruksutredningens tolkning av några internationella förhållanden. Tolkningen bygger på kartläggningar som har initierats av utredningen. Professor Kerstin Stenius har kartlagt missbruksvårdens organisering i sju länder (Stenius 2009). Professorerna Mats Berglund och Arne Gerdner har i sin kartläggning av tvångsvårdens effekt och kvalitet bland annat beaktat tvångsvårdens användning i andra länder (Gerdner och Berglund 2009). Utredningen har även via studiebesök i Norge, Danmark, Frankrike och Australien skapat sig en bild av hur missbruks- och beroendevården organiseras i dessa länder.

3.2 Organisering av missbruks- och beroendevården

3.2.1 Flertalet länder har lagt huvudansvaret på sjukvårdshuvudmannen

Inledningsvis kan konstateras att samtliga nio länder som har studerats har ett relativt utvecklat sjukvårds- och socialvårdssystem. Flertalet av dessa länder har definierat missbruk som huvudsakligen en medicinsk fråga och således organiserat vården och behandlingen som ett huvudansvar för sjukvårdshuvudmannen. Det gäller Norge, Finland, Frankrike, Nederländerna, Storbritannien, Tyskland, Kanada och Australien.

Förhållandena i Norge är särskilt intressanta att studera eftersom landet relativt nyligen har genomfört en huvudmannaskaps-

förändring. Före år 2004 hade den kommunala socialtjänsten huvudansvaret för personer med missbruksproblem. Behandlingen definierades då som en socialtjänstuppgift som förutsatte vissa medicinska stödtjänster. Den så kallade Rusreformen, som trädde i kraft 2004, har dock medfört att främst heldygnsbehandlingen omdefinierats till att bli ett hälso- och sjukvårdsansvar under det förstatligade sjukhusystemet, som backas upp med socialt arbete. Kommunerna har fortsatt ansvar för uppsökande och förebyggande arbete och får hänvisa till specialisthälsovården först när de egna insatserna inte räcker till. Kommunerna ansvarar också för insatser i avvaktan på att behandling kan starta och ska bistå specialisthälsovården vid planering av behandling. Ansvaret för uppföljning – före, under och efter behandlingen – ligger kvar på kommunerna. De norska förhållandena beskrivs närmare i avsnitt 4.3.5.

Även i Finland har missbruks- och beroendevården i huvudsak definierats som ett huvudansvar för sjukvårdshuvudmannen. Det bör dock noteras att de aktuella förvaltningsnivåerna är stat och kommuner och således saknas direkt motsvarighet till de svenska landstingen. Kommunerna, som har ansvar för såväl sjukvård som socialvård, har dock samorganiserat sig i ett slags regionala kommunalförbund för sjukvårdsändamål. Staten bedriver ingen vård. Kommunerna har ansvar för att tillgodose invånarnas vårdbehov. Cirka hälften av all missbruksvård bedrivs av kommunerna själva, och resten av olika slag av ideella organisationer eller privata vårdgivare. Abstinensvård, rehabilitering och stödboende bedrivs av såväl kommuner som olika organisationer. För närvarande pågår en omfattande reform, Mieli 2009, som syftar till att decentralisera och närmare integrera öppenvårdspsykiatri med missbruksvården på det lokala planet. Devisen är ”en dörr in”. I reformen betonas brukarmedverkan och samarbete med de icke-vinstdrivande aktörerna. Samtidigt pågår en process med syfte att centralisera den specialiserade hälso- och sjukvården till endast fem distrikt i hela landet.

Sjukvårdshuvudmannen har ansvaret för missbruks- och beroendevården också i Frankrike, Nederländerna, Storbritannien, Tyskland, Kanada och Australien. Däremot skiljer sig organisationen åt mellan länderna. I Frankrike ligger huvudansvaret på missbruksbehandling på staten, närmare bestämt hälsovårdsministeriet och departementen. Behandlingen och vården av personer med missbruksproblem är indelade i tre nivåer. Allmän hälso- och sjukvård erbjuds på sjukhus som kan drivas i såväl offentlig som

privat regi. Här ansvarar i regel allmänläkare för det medicinska omhändertagandet. Allmänläkarna har befogenhet att skriva ut exempelvis buprenorfin. Den andra nivån är speciella beroendeenheter som har multiprofessionella team som kan hänvisa patienter till adekvat vård, såsom dagvård eller abstinensvård. Både sjukhusen och de särskilda beroendeenheterna tillhandahåller abstinensvård. Den tredje nivån består av universitetssjukhus som har en så kallad referensenhet med forskning och utvecklingsarbete som koordinerar arbetet mellan klinik och sjukhus. Ett centralt statligt organ för sociala frågor finansierar sociala insatser och rehabilitering till personer med långvarigt missbruk och andra sociala problem. På många vårdinrättningar finns socialsekreterare anställda. Deras roll är bland annat att hjälpa den enskilde att ansöka om sociala insatser.

I Nederländerna är organisering, implementering och koordinering av vården en decentraliserad uppgift och ligger på regionala och lokala myndigheter eller vårdorganisationer. All behandling, inklusive avgiftning och institutionsvård, finansieras via ett privat försäkringssystem, som är skyldigt att acceptera samtliga invånare i ett visst område. Kommunerna ansvarar för kostnaderna för de sociala insatserna, exempelvis härbärgen, olika former av stödboenden och injektionsrum.

I Storbritannien, närmare bestämt England, är det i dag fyra slags vårdgivare som erbjuder vård och behandling till personer med missbruks- eller beroendeproblem. Det statliga National Health Service (NHS) bedriver specialistkliniker på sjukhus eller i öppenvård. Frivilligorganisationer bedriver en rad olika slags verksamheter, alltifrån sprututbyten till institutionsvård. Privata bolag och organisationer driver behandling där klienterna betalar själva. Kriminalvården ger vård åt de intagna. Lokala NHS myndigheter är numera ansvariga för hälso- och sjukvården i fängelserna.

Tyskland är en federal stat med 16 delstater. Ansvar för hälso- och sjukvården är uppdelat mellan den federala administrationen, som mest har lagstiftningsansvar, och delstaterna. Dessa bestämmer själva hur långt deras ansvar sträcker sig för att exempelvis tillhandahålla behandlingsinstitutioner och det finns därför stora skillnader mellan delstaterna. All medicinsk vård inklusive institutionsvården finansieras av det statliga pensionsförsäkringssystemet, om syftet med insatsen är att rehabilitera personen tillbaka till arbete. Om den enskilde inte omfattas av systemet kan han eller hon i stället få hjälp av socialtjänsten/kommunen. Kommunerna

ansvarar inte bara för sociala insatser utan betalar också för exempelvis institutionsbehandling vid narkotikamissbruk om insatsen inte täcks av det statliga försäkringssystemet.

Systemen i Kanada och Australien liknar varandra med det huvudsakliga ansvaret på delstatlig eller provinsnivå. I den närmare studerade australienska delstaten New South Wales är staten sjukvårdshuvudman. Finansieringen är federal men det federala ansvaret inskränker sig till att ange de övergripande politiska målen och fördela medlen till delstaten och kommunerna. Sjukvårdshuvudmannens/delstatens ansvar omfattar alla delar i vårdkedjan, såväl abstinensvård som mer långvariga behandlingsinsatser. Socialvårdens uppgifter är av karaktären ”social inclusion”, som omfattar stöd i boende, sysselsättning och försörjning. Dessa uppgifter är generella för socialvården och gäller för alla med behov, utan särskild inriktning mot personer med missbruk eller beroende.

3.2.2 Ett land – Danmark – har lagt huvudansvaret på kommunen

Danmark har, precis som Norge, ganska nyligen genomfört en förändring av huvudmannskapet och synen på behandling av missbruksproblem. Till skillnad från Norge har Danmark dock valt att organisera ansvaret för missbruk och beroende som ett huvudansvar för kommunen/socialtjänsten. Det kan noteras att Danmark är ensamt om denna lösning av de studerade länderna.

Ansvaret för behandling av personer med missbruksproblem låg tidigare hos sjukvårdshuvudmannen i form av 14 landsting som drev egna dagcenter och behandlingsinstitutioner men som också köpte vård från privata vårdgivare. Från och med år 2007 har de 14 länen, så kallade amterna, ersatts av fem regioner med de ingående kommunerna som huvudmän. Finansiering av regionerna sker dels via statsbidrag, dels genom bidrag från de i regionen ingående kommunerna.

Kommunreformen innebär att kommunerna har fått huvudansvar för missbruks- och beroendevården. Personer med alkohol- eller narkotikaproblem, som tidigare har varit patienter inom hälso- och sjukvården, är därmed fullt ut klienter under kommunens ansvar. Staten lägger fast de överordnande ramarna medan kommunerna själva ska tillgodose invånarnas direkta behov och krav. All vård ska integreras med kommunernas övriga verksam-

heter. Hur kommunerna har valt att sköta sitt ansvar för missbruksvården varierar. Vissa, främst mindre kommuner, köper tjänsterna i sin helhet från större kommuner eller från regionerna. Andra kommuner köper specifika tjänster från större kommuner/regioner och lägger över delar av sitt ansvar på privata entreprenörer. Vissa större kommuner väljer att sköta allt i egen regi. De danska förhållandena beskrivs ytterligare i avsnitt 4.3.4.

3.3 Förekomst av tvång inom vård och behandling

Drygt 80 procent av världens länder har någon form av tvångsvård, även om det skiljer sig åt beträffande vilket samhällsorgan som har ansvaret samt tvångsinsatsens mål, behandlingssinnehåll och vårdtid (Gerdner och Berglund 2009). Lagstiftningen varierar mellan straffrättsligt reglerad tvångsvård och civil tvångsvård. Om tvångsvården är placerad inom straffrätten är vanligen också bruk, missbruk och innehav för eget bruk kriminaliserat. Sådan tvångsvård finns i knappt hälften av världens länder. Den maximala vårdtiden varierar stort beroende på syftet med tvångsvården. Medianen för maximal tvångsvård inom straffrätten är tre år.

Den civila tvångsvården finns i drygt hälften av länderna och är reglerad antingen inom psykiatrilagstiftningen och/eller social- eller speciallagstiftning. Civil tvångsvård kan delas in i två huvudtyper utifrån vårdens mål och längd. Den första huvudtypen är akut tvångsvård, vars syfte är att hantera överdoser och genomföra abstinensvård samt i vissa fall något längre stabilisering efter missbruk, men som inte syftar till en mer långsiktig rehabilitering. Denna typ av tvångsvård är oftast reglerad inom psykiatrilagstiftningen och maximala vårdtider varierar från åtta timmar till sex månader. Medianen är en månad.

Den andra typen av civil tvångsvård – rehabiliterande tvångsvård – är främst reglerad i social- eller speciallagstiftning men förekommer också inom psykiatrilagstiftning. Maximal vårdtid för denna typ varierar från en månad till tre år eller har definierad maximal vårdtid och med en median av ett år.

Av de länder som utredningen har låtit studera närmare har majoriteten civil tvångsvård som regleras inom psykiatrilagstiftningen. De nordiska länderna har möjlighet att tillämpa civil tvångsvård som regleras i sociallagstiftningen, men tillämpar i praktiken sällan möjligheten. I Norge finns möjligheter att tvångs-

omhändertade gravida kvinnor med missbruksproblem. Danmark har visserligen en lag från 2007 som gör det möjligt att tvångsinlägga gravida kvinnor som missbrukar, dock inte utan deras samtycke. Lagen har såvitt framkommit inte tillämpats. I Finland finns en lag som medger tvångsvård på social grund, men lagen tillämpas endast för ett fåtal personer per år. Tvångsvårdtiden är cirka fem dagar men kan i vissa fall förlängas till 30 dagar. I Finland vårdas i stället ett stort och ökande antal personer med missbruksdiagnoser inom psykiatrin. Det förekommer här ett slags straffrättsligt tvång eftersom bötesstraff för dem som inte kan betala böterna kan omvandlas till fängelse, vilket främst drabbar personer med missbruksproblem.

Tvångsvård som enbart motiveras utifrån den enskildes missbruk eller beroende, förekommer inte heller i någon större omfattning i de övriga studerade länderna. Frankrike saknar exempelvis möjlighet att ge tvångsvård enbart med hänvisning till missbruks- eller beroendeproblem. Motivation ses här som avgörande för en framgångsrik behandling. Däremot finns psykiatrisk tvångsvård. I Australien (New South Wales) finns tvångsvårdsmöjlighet under kortare tid, cirka 7–14 dagar, för personer som har allvarliga beroendeproblem och riskerar att skada sig själva.

I flera av de studerade länderna, exempelvis Frankrike, Kanada och Australien, finns möjlighet att döma personer som begått brott till missbruksvård i stället för till fängelse. I Nederländerna har det införts en ny påföljd för personer som missbrukar och som dömts för narkotikabrott minst tre gånger under de senaste fem åren. Den innebär att de döms till två års missbruksbehandling, oavsett brottets straffvärde.

3.4 Några slutsatser

Missbruksvården i de flesta av de studerade länderna är hela tiden i rörelse och föremål för ett stort politiskt intresse. Förändringarna kan dock ofta inte identifieras ske enbart utifrån vad som är bäst för den enskilde personen med missbruksproblem. Dynamiken synes i stället bestämmas av faktorer som politiska beslut och resurser, olika professioners inflytande, nya missbruksrelaterade problem (exempelvis hiv/aids) och förändringar i omkringliggande system såsom avinstitutionaliseringen av psykiatrin.

Som exempel kan nämnas reformerna som relativt nyligen genomförts i våra nordiska grannländer Norge och Danmark, med förändring av huvudmannskapet och synen på behandling av missbruksproblem. Medan Norge har valt hälso- och sjukvården som huvudansvarig för vård och behandling har Danmark lagt huvudansvaret på kommunen. Länderna är alltså exempel på en centralisering respektive en decentralisering. Förändringarna var i ingetdera fallet styrda av missbruksvårdens krav, utan ett beslut av andra reformer inom regionförvaltningen och vårdområdet. Viktiga bakgrundsfaktorer för förändringarnas genomförande var dock samverkans- och kontinuitetsproblem som uppstår när flera huvudmän ska samverka, vilket är relevanta problem för missbruksområdet.

En annan slutsats som kan dras är att vården har flera olika funktioner i form av vård och behandling för att uppnå drogfrihet, kontroll och skadereduktion. Missbruksvården verkar också inom ramen för olika större system som påverkar dess funktion. I länder där missbruksvården har en tydlig koppling till hälso- och sjukvården ses missbruket oftare som ett individuellt medicinskt problem som kan botas eller lindras. Om missbruksvården i stället har en tydlig koppling till kriminalvården är fokus på kriminalitet och ordningsproblem. I flera av dessa länder har dock kriminalvården upprättat vårdenheter och vård kan i vissa fall vara ett alternativ till fängelse. Gränsen mellan vård och straff har alltså suddats ut något. Kopplingen till socialvården innebär oftast en kompromiss mellan individens och omgivningens behov, vilket i regel innebär en kombination mellan vård/omsorg och kontroll.

I flertalet av de studerade länderna har den offentliga hälso- och sjukvården ansvar för abstinensvården och också ett stort ansvar för beroendevården och substitutionsbehandlingen. Många länder har samlat ansvaret och finansieringen hos en huvudman, men inom ramen för detta tillämpas ofta en rik variation av utförare. Utanför Norden finns sällan tre huvudmannanivåer med självständiga politiska val och skattedebiteringsrätt. Det medför att insatserna där inte delas upp i hälso- och sjukvård- respektive sociala insatser utan ansvaret ligger på en huvudman, i regel sjukvårdshuvudmannen. Däremot går gränsen vid så kallad social inclusion, det vill säga att frågor som har samband med boende, aktivitet och försörjning i regel ligger under kommunens ansvar.

När det gäller förekomsten av tvång inom vård och behandling har det under 1990-talet och inledningen av 2000-talet funnits

trender både i riktning mot minskat och mot ökat tvång. Tvångsvården inom straffrätten har ökat mest. De flesta länderna har möjligheter till psykiatriskt tvång. Även möjligheten att använda tvång inom det sociala regelverket finns i många länder. Våra tre nordiska grannländer har denna möjlighet men tillämpar den i praktiken inte alls eller i begränsad omfattning.

De vårdtider för tvångsvård som kan komma i fråga är högst varierande. I exempelvis Australien kan man vårdas med tvång i sju dagar för att klara av det mest akuta vårdbehovet. I andra länder, där syftet med vården såväl är att sörja för individens behandling för sitt långvariga tillstånd som för att kontrollera hotet mot samhället, kan vårdtiderna vara betydligt längre. Det finns en trend med tidigare ingripanden inom kriminalvården där vård ges som påföljd i stället för fängelse.

4 Ansvar för bättre vård och stöd

Ansvar för missbruks- och beroendevården är delat mellan kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Utredningen ser som en huvuduppgift att pröva om, och i så fall hur, kommunens och landstingets ansvar för missbruks- och beroendevården bör tydliggöras samt överväga behovet av att förändra ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen. Detta för att individen ska få bättre vård och stöd.

Nedan beskrivs och analyseras den nuvarande ansvarsfördelningen. Ansvarsproblem relaterade till den generella rollfördelningen mellan de två huvudmännens samt centrala funktioner i vårdkedjan – upptäckt och tidig intervention, tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, behandling och stöd, samt utredning, bedömning, planering och uppföljning – identifieras och diskuteras. Individen i behov av vård och stöd drabbas av problemen genom bristande tillgänglighet till, samordning av och kontinuitet i vården och stödet. Problemen utgör också ett hot mot vård- och stödinsatsernas effekt och effektivitet, både i det enskilda fallet och på systemnivå.

Avslutningsvis presenteras tre ansvarsmodeller för bättre vård och stöd för personer med missbruk eller beroende. Modellerna är inte i alla delar ömsesidigt uteslutande, men presenteras som fristående alternativ för att tydliggöra olika tänkbara lösningar för den svenska missbruks- och beroendevården.

4.1 Nuvarande ansvarsfördelning

4.1.1 Rättslig reglering

Kommunens och landstingets ansvar för socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården regleras i en mängd lagar, förordningar och föreskrifter. Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) är den centrala lagen för socialtjänsten. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. Både SoL och HSL är målinriktade ramlagar. De innehåller övergripande mål och ramar för verksamheten, men är inte detaljerade. Skälet för detta är bland annat att huvudmännen utifrån det kommunala självstyret ska ha en viss frihet att utforma insatserna efter lokala och regionala behov. Till skillnad från HSL innehåller SoL vissa rättigheter för den enskilde.

De flesta personer med missbruk eller beroende som erbjuds eller beviljas medicinska eller sociala insatser får dessa frivilligt enligt HSL och SoL. Såväl landstingen som kommunerna kan emellertid även bestämma om vård utan samtycke i vissa undantagsfall. Detta regleras särskilt i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) respektive lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). LVM är ett komplement till SoL och LPT är ett komplement till HSL.

Nedan beskrivs de två huvudmännens ansvar enligt SoL och HSL, det vill säga för frivilliga vård- och stödinsatser som individen kan acceptera eller avböja, medan grunderna för vård utan samtycke enligt LVM och LPT beskrivs i kapitel 5.

Kommunen har ansvaret för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 1–2 § SoL). Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Undantag från vistelsekommunens ansvar i förhållande till andra kommuner finns i vissa särskilda situationer. Kommunens uppgifter inom missbruksvården fullgörs vanligen av socialnämnden.

Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget (3 § HSL). Men även kommunen har ett visst ansvar för hälso- och sjukvård, bland annat för personer som bor i särskilt boende och som vistas i dagverksamhet samt för hemsjukvården om det finns en sådan överenskommelse med landstinget. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar dock

inte sådan vård som meddelas av läkare (18 § HSL). Den hälso- och sjukvård som är speciellt inriktad på missbruk och beroende bedrivs vanligtvis vid landstingets psykiatriska kliniker, ibland finns särskilda beroendekliniker.

Landstingens och kommunernas befogenheter och uppgifter inom vård- och omsorgsområdet kan genom uttryckligt lagstöd överlätas mellan de två huvudmännen. Ett landsting eller en kommun får även sluta avtal med någon annan om att utföra vissa uppgifter. Landstingen är också skyldiga att organisera primärvården så att invånarna i landstingen fritt kan välja utförare. Detta framgår av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Även kommunerna kan tillämpa LOV inom socialtjänstens område, men detta är i dag frivilligt.

Ytterligare möjligheter att överlåta ansvaret för olika uppgifter framgår av lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget får genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra landstingets respektive kommunens uppgifter, även inom de områden som regleras av tvångslagar. I förarbetena påpekas att lämpliga samverkansområden kan vara verksamheter som gäller särskilt utsatta grupper, exempelvis personer med missbruk eller beroende (prop. 2002/03:20 s. 31). Det är dock än så länge ovanligt med gemensamma nämnder inom missbruks- och beroendområdet.

4.1.2 Huvudmännens skyldigheter gentemot individen

Med hälso- och sjukvård avses bland annat åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (1 § HSL). Landstinget ska som tidigare framgått erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Kommunen har vissa begränsade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Huvudmännen ska dessutom erbjuda invånarna bland annat habilitering, rehabilitering och hjälpmedel (3 b §, 18 b § HSL).

Kraven på god hälso- och sjukvård innebär bland annat att vården ska vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska också vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt till-

godose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vården ska vidare så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. För att kunna erbjuda vård av god kvalitet måste vårdgivarna även uppfylla övriga krav som ställs på vården i hälso- och sjukvårdslagstiftningen (2 a § HSL).

Socialtjänsten ska på demokratins och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Den ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten ska bygga på människors självbestämmande och integritet (1 kap. 1 § SoL). Även socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet. Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne.

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för personer med missbruksproblem. Ansvaret omfattar både förebyggande och individuella insatser. Det förebyggande ansvaret innebär bland annat att socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel (3 kap. 7 § SoL). För den som redan har hamnat i ett missbruk, har socialnämnden en skyldighet att aktivt verka för att den enskilde får den hjälp och den vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden ska i samråd med den enskilde planera hjälpen och vården och bevaka att planen fullföljs (5 kap. 9 § SoL).

Socialtjänstens ansvar är inte kopplat till att missbruket ska ha en viss omfattning eller varaktighet. Det finns ingen enhetlig definition av missbruk inom området, varken i SoL eller i dess förarbeten. Det är således upp till varje kommun att tolka begreppet.

4.1.3 Bedömning av individens behov av insatser

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd (2 a § HSL). Därefter erbjuds insatser utifrån en fastställd prioritetsordning med fyra grupper. I den första prioritetsgruppen ingår bland annat vård av livshotande sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar. I den andra gruppen ingår prevention, rehabilitering och habilitering. Vård av mindre svåra

akuta och kroniska sjukdomar ingår i grupp tre medan den sista gruppen omfattar vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Personer med missbruk eller beroende tillhör inte explicit någon prioriterad grupp. Deras vårdbehov kan, som för personer med andra sjukdomar och skador, variera över tid, vilket innebär att de under olika stadier kan hamna i olika prioriteringsgrupper. Exempel på insatser som en person med missbruk eller beroende kan få inom hälso- och sjukvården är abstinensvård, somatisk vård, psykiatrisk vård samt läkemedelsassisterad behandling.

Inom socialtjänstens område gäller att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt, har rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv (4 kap. 1 § SoL). Detta innebär att den enskilde har uttalade rättigheter som också kan överklagas till domstol. Socialnämnden får också ge bistånd utöver vad som följer av ovanstående bestämmelse. Sådana beslut kan dock inte överklagas (4 kap. 2 § SoL).

Rätten till bistånd utgår från den enskildes behov och förutsätter i allmänhet att den enskilde vänder sig till socialnämnden med en ansökan, varefter nämnden utreder hjälpbehovet. Nämnden är emellertid skyldig att utreda ett hjälpbehov även utan en ansökan, om nämnden får kännedom om att det kan bli aktuellt att vidta åtgärder (11 kap. 1 § SoL).

Försörjningsstöd lämnas för skäliga kostnader för exempelvis boende, livsmedel, kläder och skor (4 kap. 3 § SoL). Denna del av biståndet beräknas enligt en riksnorm. Begreppet livsföring i övrigt avser alla de olika behov som den enskilde kan ha för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå och som inte omfattas av försörjningsstödet. För personer med missbruk kan det handla om vård- och behandlingsinsatser i öppen eller sluten vård, till exempel i form av rådgivning eller vistelse vid behandlingshem.

4.1.4 Personalens kompetens och skyldigheter

Inom hälso- och sjukvårdens område finns ett krav att det ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges (2 e § HSL). Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter framgår av lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens

område (LYHS). Med hälso- och sjukvårdspersonal avses bland annat den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården. För närvarande finns 21 legitimationsyrken. Exempel på legitimerade yrkesgrupper som kommer i kontakt med personer med missbruk eller beroende är läkare, psykolog, sjuksköterska, barnmorska och arbetsterapeut. Yrkesgrupper som inte är legitimerade men som räknas som hälso- och sjukvårdspersonal inom landstinget, är bland annat kurator (socionom) och undersköterska. En viktig skyldighet för all hälso- och sjukvårdspersonal är att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (2 kap. 5 § LYHS).

Kraven på personalen inom socialtjänsten regleras inte i någon särskild lag, utan framgår av SoL. Ett allmänt krav är att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vad som avses med lämplig utbildning och erfarenhet regleras dock inte närmare i lagen eller förarbetena. Det finns inte heller några särskilda bestämmelser om personalens skyldigheter, exempelvis om att tillämpa kunskapsbaserade metoder.

Socialstyrelsen har gett ut allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning av ärenden som avser personer med funktionshinder, äldre samt barn och unga. För handläggning av ärenden som avser personer med missbruksproblem finns inga särskilda kompetenskrav formulerade. Exempel på yrkesgrupper inom socialtjänstens område som arbetar med personer med missbruk eller beroende är socialsekreterare och behandlingsassistenter. Många socialsekreterare är utbildade socionomer, men det finns inget reglerat krav på en viss utbildning för att utföra sådana uppgifter. En särskild utredning har för närvarande i uppdrag att överväga om det finns behov av att införa en behörighetsreglering för personal inom socialtjänsten (dir. 2009:25).

4.1.5 Dokumentation och sekretess

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är enligt patientdatalagen (2008:355) skyldig att föra patientjournal vid vård av patienter inom hälso- och sjukvårdens område. Personal inom socialtjänsten ska enligt bestämmelser i SoL dokumentera handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling (11 kap. 5 § SoL). Dokumentationsplikten

inom både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område förutsätter individuella insatser.

Enligt bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL) är sekretess huvudregeln inom offentlig hälso- och sjukvård och socialtjänst.¹ Lagen omfattar både uppgiftslämnande till enskilda och mellan myndigheter. Sekretess gäller mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (8 kap. 2 § OSL).

I lagen finns flera sekretessbrytande bestämmelser, bland annat en uttrycklig uppgiftsskyldighet mellan myndigheter, vid misstanke om vissa brott och när det finns misstanke om att barn far illa. Ett vanligt undantag från sekretessen är att den enskilde själv efterger sekretessen, helt eller delvis. Med den enskildes samtycke kan myndigheter utbyta sekretessbelagda uppgifter för att exempelvis åstadkomma ett bättre samarbete i ett individuellt ärende.

Mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns inte någon generell skyldighet att lämna uppgifter om enskildas personliga förhållanden. Däremot finns det en sekretessbrytande regel som innebär att sekretess inte hindrar att uppgift om enskild eller närstående till denne lämnas från hälso- och sjukvården till socialtjänsten, om det behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Förutsättningar är att den enskilde inte har fyllt 18 år, fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningssmedel eller vårdas med stöd av LPT eller LRV. Detsamma gäller i fråga om utlämnande av uppgift om en gravid kvinna eller närstående till henne om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet (25 kap. 12 § OSL).

Även personal som arbetar inom enskild (privat) hälso- och sjukvård och socialtjänst har tystnadsplikt och måste beakta sekretess. Detta regleras särskilt eftersom bestämmelserna i OSL inte gäller utanför den offentliga verksamheten.²

¹ Huvudregeln för sekretessen inom hälso- och sjukvårdens område regleras i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen. Motsvarande bestämmelse för socialtjänstens område finns i 26 kap. 1 § samma lag.

² Hälso- och sjukvårdspersonalens tystnadsplikt framgår av LYHS medan socialtjänstpersonalens tystnadsplikt regleras i SoL.

4.1.6 Tillsyn

Socialstyrelsen utövar enligt 6 kap. LYHS tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen samt över all hälso- och sjukvårdsverksamhet, oavsett om den drivs i offentlig eller enskild (privat) regi. Tillsynen omfattar således även den hälso- och sjukvårdsverksamhet som exempelvis bedrivs vid Statens institutionsstyrelse och inom kriminalvården. Det enda undantaget för tillsynens omfattning är den hälso- och sjukvård som bedrivs inom försvarsmakten.

Den statliga tillsynen över socialtjänsten överfördes den 1 januari 2010 till Socialstyrelsen. Den är numera integrerad med tillsynen över hälso- och sjukvården, såväl organisatoriskt som operativt. Tillsynen omfattar också privat verksamhet.

4.1.7 Sammanfattning av den enskildes ställning

Individens rätt till insats

En person med missbruk eller beroende har inte någon uttrycklig rätt till hälso- och sjukvårdsinsatser i den mening att insatserna är juridiskt framtvångbara. I stället har sjukvårdshuvudmännen och personalen vissa skyldigheter enligt HSL och LYHS. Möjlighet att överklaga till domstol finns endast för vissa beslut om tvångsvård. Valet av insats ska bestämmas i samråd med den enskilde. I vissa fall har den enskilde rätt till förnyad medicinsk bedömning (second opinion). När det finns flera behandlingsalternativ som uppfyller kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet, ska patienten erbjudas möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar om det med hänsyn till bland annat kostnaderna framstår som befogat (3 a § HSL).

Inom socialtjänsten har en person med missbruksproblem uttryckliga rättigheter, som innebär att han eller hon kan överklaga socialnämndens beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL till de allmänna förvaltningsdomstolarna. Bistånd som socialnämnd beviljar därutöver (frivilligt bistånd) kan inte överklagas, till exempel rådgivning. Den enskilde kan inte heller grunda en rättighet att få individuella insatser med stöd av de allmänna bestämmelser som anger att socialnämnden har särskilt ansvar för personer med missbruksproblem. Även inom socialtjänsten ska valet av insats bestämmas i samråd med den enskilde. Socialnämnden ska beakta den enskildes önskemål om insats men också göra en avvägning av

insatsens lämplighet samt kostnaden för den önskade insatsen i jämförelse med andra insatser.

Tillgänglighet

Inom hälso- och sjukvården finns ingen lagreglering om vilka väntetider som kan anses förenliga med kravet på god vård. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har träffat frivilliga överenskommelser om längsta godtagbara väntetider, så kallade vårdgarantier (se Vårdgaranti). Dessa är dock inte formellt bindande för landstingen. Regeringen har föreslagit att den nationella vårdgarantin ska regleras i lag från och med den 1 juli 2010 (prop. 2009/10:67). Förslaget innebär att vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti), besöka den specialiserade vården (besöksgaranti) samt erhålla planerad vård (behandlingsgaranti). Landstinget ska se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne kan få vård hos annan vårdgivare om tidsgränserna inte uppfylls beträffande besöks- och behandlingsgarantierna för planerad vård inom hemlandstinget. Tidsgränserna anges i formeln 0-7-90-90 dagar.

Enligt 11 kap. 1 § SoL ska socialnämnden utan dröjsmål inleda utredning om vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Det finns inga reglerade vård- eller behandlingsgarantier utöver bestämmelserna om bistånd. Om en kommun inte inom skälig tid tillhandhåller bistånd som någon är berättigad till enligt ett beslut av socialnämnden eller domstol, ska kommunen åläggas att betala en särskild avgift (16 kap. 6 a § SoL). Vad som är skälig tid framgår av praxis. Motsvarande bestämmelser finns beträffande beslutade insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Individens möjlighet att välja utförare

Det finns inte något i lagstiftningen som begränsar möjligheterna för patienten inom ett landsting att välja var han eller hon vill ha vård, oavsett om det avser primärvård eller specialiserad vård. Sjuk-

vårdshuvudmannens egna regler om remisstvång kan emellertid begränsa den enskildes val. Patienten har inte rätt till behandling utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om hemlandstinget kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (3 a § HSL). Regeringen har föreslagit att denna begränsning ska upphöra den 1 juli 2010 (prop. 2009/10:67).

Inom socialtjänsten är det vistelsekommunen som ansvarar för insatsen enligt SoL. Den enskilde kan alltså inte ansöka om en insats hos annan kommun. Det finns dock undantag från vistelsekommunens ansvar i förhållande till andra kommuner om den enskilde exempelvis vistas på kriminalvårdsanstalt eller vårdas på sjukhus på initiativ av någon annan än vistelsekommunen.

Barn och andra närstående

Hälso- och sjukvården och dess personal har uttryckliga skyldigheter att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd.³ Detta gäller bland annat om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel. När det gäller vuxna närstående har hälso- och sjukvården inga uttalade skyldigheter att beakta deras eventuella behov av stöd och hjälp, under förutsättning att de inte själva är i behov av individuella hälso- och sjukvårdsinsatser.⁴

Socialtjänsten har uppdraget att stödja barn i utsatta situationer. Myndigheter med verksamhet som berör barn och unga samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de får veta något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd (14 kap. 1 § SoL). Som nämnts bryter denna anmälningskyldighet sekretessen. När det gäller vuxna närstående ska socialtjänsten erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar eller stödjer en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som har funktionshinder (5 kap. 10 § SoL). Även om stödet regleras som en skyldighet för kommunen kan den enskilde aldrig grunda en rättighet att få individuella stödinsatser med stöd av en

³ Detta framgår av 2 g § HSL och 2 kap. 1 a § andra stycket LYHS.

⁴ Med närstående avses människor med nära band till den enskilde, oavsett biologiskt släktskap.

sådan allmän bestämmelse. I stället får han eller hon vända sig till socialnämnden och ansöka om bistånd för sin livsföring enligt 4 kap. 1 § SoL.

4.2 Problem med nuvarande ansvarsfördelning

Utredningens problemanalys visar att problem förknippade med rådande ansvarsfördelning tenderar att drabba individen i behov av vård och stöd i form bristande tillgänglighet till, samordning av och kontinuitet i insatserna. Tillgänglighetsproblemet innebär att en person i behov av vård och stöd inte får tillgång till adekvat insats vid rätt tidpunkt. Samordningsproblemet innebär att samtidiga insatser inte kommer till stånd när behov föreligger. Kontinuitetsproblemet innebär att individen inte får tillgång till rätt kombination av sammanhängande insatser över tid. Utöver negativa konsekvenser för individen, utgör ansvarsproblemen också ett hot mot vårdens och behandlingens effekt och effektivitet, såväl i det individuella fallet som på systemnivå.

Den särskilde utredarens bedömning: Problemen med det nuvarande delade ansvaret mellan främst landsting och kommuner motiverar en förändring av huvudmännens ansvar för missbruks- och beroendevården. Detta för att möta dagens och morgondagens behov av tillgänglighet och skapa förutsättningar för adekvata vård- och stödinsatser i rätt tid till personer med missbruk eller beroende.

Det finns tre typer problem av förknippade med det i dag delade ansvaret för missbruks- och beroendevården (se tabell 4.1). Den första typen av ansvarsproblem är att huvudmännens respektive ansvar är otydligt. Tillnyktringsverksamhet och behandling är två områden som uppvisar brister som en följd av detta. Den andra typen av problem är att huvudmännen inte uppfyller sitt formella ansvar. Abstinensvård är ett verksamhetsområde som uppvisar brister på grund av detta. Den tredje typen av problem är att huvudmännen har ett parallellt ansvar. Upptäckt och tidig intervention samt utredning, bedömning, planering och uppföljning är exempel på uppgifter som kan kompliceras som en konsekvens av detta.

Tabell 4.1 Nuvarande ansvarsfördelning

Kommunen	Landstinget
Upptäckt och tidig intervention	Upptäckt och tidig intervention
Tillnyktring	Tillnyktring
	Abstinensvård
Behandling	Behandling
Socialt stöd	
Boende, sysselsättning, försörjning	
Egen utredning, bedömning, planering, uppföljning samt vissa krav på att delta i gemensam vårdplanering	Egen utredning, bedömning, planering, uppföljning samt vissa krav på att delta i gemensam vårdplanering

De olika ansvarsrelaterade problemen tenderar att framträda i särskilda situationer. Det kan vara när det råder oklarhet om vilken huvudman som ska erbjuda och finansiera en viss insats, till exempel när kommun och landsting har olika uppfattningar om vem som ska erbjuda och finansiera tillnyktringsverksamhet eller en viss behandling med följden att insatserna ifråga inte erbjuds. Det kan vara när en person inte vet var hon eller han ska vända sig för att få hjälp på grund av oklarheter om vilken huvudman som har ansvaret för en insats, till exempel när kommuner och landsting tvistar om vem som ska ansvara för viss utredning eller behandling. Det kan vara när personer har ett behov av samtidiga insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, till exempel när personer med missbruk eller beroende samtidigt har annan social problematik eller annan sjukdom (samsjuklighet) och de två huvudmännen inte koordinerar sina respektive insatser. Det kan vara när olika funktioner i vårdkedjan inte länkar i varandra, till exempel när en huvudman definierar nykterhet som ett absolut krav för att komma i fråga för abstinensvård och tillnyktringsverksamhet saknas, eller när abstinensfrihet är ett krav för att komma i fråga för vistelse på behandlingshem och abstinensbehandlingen är så kort att betydande abstinenssymtom kvarstår efter behandlingen. Det kan vara när nya vård- och behandlingsmetoder införs som inte följer den kompetensmässiga fördelningen mellan huvudmännen, till exempel när nya metoder för läkemedelsbehandling mot alkoholberoende införs, men kommunen saknar nödvändig läkarkompetens.

Nedan analyseras mer i detalj problemen förknippade med den nuvarande ansvarsfördelningen. Först redovisas hur problemet med

delat ansvar har uppmärksammats i olika utredningar under de senaste 20 åren. Därefter diskuteras ansvarsproblem förknippade med ett antal centrala länkar i vårdkedjan: upptäckt och tidig intervention, tillnyktring, abstinensvård, behandling och stöd, samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. De avsnitt som behandlar de olika länkarna i vårdkedjan har en likartad uppbyggnad. Först definieras begreppen. Därefter analyseras problem förknippade med nuvarande ansvarsförhållanden.

4.2.1 Tidigare utredningar

Problemen med det i dag delade ansvaret för missbruks- och beroendevården har uppmärksammats i flera tidigare utredningar som har granskat större eller mindre delar av missbruks- och beroendevården.

Socialberedningen tillsattes med uppdraget att göra en systematisk utvärdering av socialtjänstreformens genomförande. I betänkandet *Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget* (SOU 1987:22) görs en översyn av LVM och redovisas vissa överväganden och förslag om missbruks- och beroendevården i övrigt. Det framhålls att missbruk och beroende är sammansatta socialmedicinska problem och att detta innebär att vården och stödet bör utformas i nära samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Krav på samverkan finns också uttryckta i både SoL och HSL. Beredningen konstaterar dock att det likväl är svårt att få till stånd ett fungerande samarbete. I själva verket är samarbetet mellan huvudmännen ibland i det närmaste obefintligt. Exempelvis har personal inom socialtjänsten ofta begränsad eller ingen kännedom om vad som görs inom hälso- och sjukvården och klienternas kontakter med densamma, och vice versa. Samarbetsproblemen tenderar också att utmynna i vad beredningen benämner avväjningsstrategier. Inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns exempel på att den egna verksamhetens ansvarsområde definieras så snävt att personer med vissa behov hamnar mitt emellan, utan att någon av huvudmännen tar ansvaret för att tillgodose deras behov av vård och stöd. Detta gäller i första hand personer som uppfattas som svårbehandlade eller svårhanterade och inte passar in i etablerade behandlingsprogram. Personer med missbruk eller beroende och psykisk sjukdom (samsjuklighet) lyfts fram som en särskilt exponerad grupp. Det konkluderas att bristerna generellt är mycket

stora, vilket dock inte utesluter att det finns exempel på väl fungerande verksamheter (s. 142).

Psykiatriutredningen framhöll i betänkandet *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård av psykiskt störda* (SOU 1992:73) att det är djupt olyckligt att vården och behandlingen av personer med samsjuklighet präglas av konflikter och motsättningar om vem som ska finansiera vården och behandlingen i stället för ett gemensamt ansvarstagande. Personer med samsjuklighet har ett sammansatt vårdbehov som måste mötas med både sociala och medicinska insatser och enligt den nuvarande ansvarsordningen gemensamt av socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Alkoholpolitiska kommissionen hade i uppdrag att utvärdera den svenska alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden. I delbetänkandet *Vård av alkoholmissbrukare* (SOU 1994:27) konstateras att det finns ett stort behov av samverkan inom vården för personer med alkoholproblem. Genom ett förstärkt samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården bedöms effekterna av insatta resurser kunna öka samtidigt som det skapas förutsättningar för en bättre anpassad service för den enskilde. Det noteras att personer med så kallat tungt missbruk ofta är kända inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Andra personer med missbruk eller beroende är kända inom hälso- och sjukvården, men inte inom socialtjänsten. Vidare konstateras att det har genomförts ett antal mer eller mindre framgångsrika försök att samordna vården av personer med missbruk eller beroende. Försöken har i många fall stött på problem orsakade av skilda synsätt och olika prioriteringar hos huvudmännen. Vidare konstateras att det är svårt att utan omfattande strukturella förändringar av ansvarsfördelningen inom missbruks- och beroendevården generellt tillämpa framgångsrika lokala lösningar av finansieringsansvaret. Kommissionen lyfter fram försöken med kommunalt huvudmannaskap för hela primärvården som exempel på strukturella förändringar som skulle kunna tjäna som förebild för missbruks- och beroendevården (s. 133–134).

I nämnda delbetänkande uppmärksammas särskilt personer med missbruk eller beroende och samtidig psykisk sjukdom eftersom denna grupp anses ha ett direkt behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det konstateras att samarbetet mellan de två huvudmännen fungerar dåligt. Olika alternativa sätt att förbättra vården och stödet lyfts fram: organisatoriska förändringar på verksamhetsnivån, lokala överenskommelser mellan

kommun och landsting om finansieringsansvar samt lagstiftning som tydliggör ansvar och ansvarsfördelning (s. 128).

Alkoholpolitiska kommissionen gjorde bedömningen att det vid den aktuella tidpunkten inte fanns stöd för vare sig förändrad lagreglering av ansvaret för vård och stöd eller frivilliga lokala överenskommelser om finansieringsansvar. I det korta perspektivet bedömdes följaktligen det enda möjliga alternativet vara att främja samverkan mellan huvudmännens verksamheter genom förstärkt statlig tillsyn och genom stimulansmedel till försöksverksamheter som syftar till att utveckla modeller för samverkan och metodutveckling. Kommissionen noterade att erfarenheterna av dylik försöksverksamhet även kan utgöra ett kunskapsunderlag för en eventuell framtida ändrad lagreglering av ansvaret för vården av personer med samsjuklighet (s. 130).

LVM-utredningen hade i uppdrag att göra en översyn av tillämpningen av LVM. I betänkandet *Tvång och förändring* (SOU 2004:3) konstaterar utredningen att det i hög grad är samma klienter som rör sig mellan de olika huvudmännen i missbruks- och beroendevården och kriminalvården och den framhåller vikten av att framtida analyser av missbruks- och beroendevården utgår från en helhetsbild som omfattar insatserna från kommunerna genom socialtjänsten, landstingen genom hälso- och sjukvården samt staten genom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM. Utredningen bedömer att regeringen närmare bör utreda denna fråga (s. 405). I betänkandet uppmärksammas även mer i detalj behovet av att utveckla samarbetet mellan socialtjänsten och Statens institutionsstyrelse vid tvångsvård enligt LVM. Det betonas att tvångsvården bör följas av eftervård och att de olika insatserna ska ske inom ramen för en sammanhållen vårdkedja. För att stimulera detta föreslog utredningen en avgiftsreducering om kommunen ingår en överenskommelse om insatser efter avslutad tvångsvård (s. 424–433).

I linje med utredningens förslag inkluderades i budgetpropositionen 2005 (prop. 2004/05:1) ett särskilt statsbidrag för att utveckla missbruksvården. Bidraget ingick i en treårig satsning 2005–2008 om totalt cirka 820 miljoner kronor, vilken benämndes *Ett kontrakt för livet*. Medel avsattes dels för att utveckla LVM-vården, dels för att utveckla innehållet i missbruks- och beroendevården i övrigt.

Den del av satsningen som syftade till att utveckla LVM-vården utmynnade i det så kallade *Vårdkedjeprojektet* med Statens institu-

tionsstyrelse som projektägare. Projektet tillskapades för att lösa problemet med bristande kontinuitet i tvångsvården. Det rör sig sålunda om en begränsad del av missbruks- och beroendevården. I utvärderingen av projektet konstateras att det inte är möjligt att dra några tydliga slutsatser rörande projektets effekter (Fäldt m.fl. 2007).

Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården (dir. 2004:164) hade i uppdrag att föreslå en överenskommelse mellan staten och kommunerna som preciserar kommunernas användning av ett riktat statsbidrag om totalt 350 miljoner kronor för åren 2006 och 2007. Av de allmänna överväganden som görs i betänkandet *Personer med tungt missbruk* (SOU 2005:82) framgår att statsbidraget inte skulle användas till att personal- och lokalmässigt förstärka befintliga verksamheter, utan till att utveckla och främja kunskap, metoder och samverkan (s. 49–53). Bidrag föreslogs utgå för tre olika ändamål: att införa en specialiserad missbruksenhet inom kommunen eller gemensamma mottagningar för socialtjänsten och hälso- och sjukvården; att införa och tillämpa lokala behandlingsgarantier inom socialtjänsten, samt; att införa, använda och följa upp individuella vårdplaner (s. 55–63).

I likhet med tidigare utredningar uppmärksammas problematiken med det delade ansvaret för missbruks- och beroendevården och behovet av en bättre koordinering av sociala och medicinska insatser. Det konstateras att det gjorts otaliga försök att förbättra samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården genom stimulansmedel, förstärkt tillsyn och lagstiftning med krav på och möjligheter till samverkan, men att samverkan mellan huvudmännen likväl inte fungerar på ett tillfredställande sätt. Personer med så kallat tungt missbruk framhålls som en grupp som har ett särskilt behov av uthålliga, kvalificerade och integrerade insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det delade ansvaret mellan två huvudmän med var sitt lagstadgat ansvarsområde anses utgöra ett allvarligt hinder för optimal resursanvändning, tillgänglighet till och kontinuiteten i vård och stöd. Samtidigt betonas att frågan om ansvar och huvudmannaskap ligger utanför utredningens uppdrag. Likväl förs ett resonemang om hur styrningen av missbruks- och beroendevården kan och bör utvecklas i framtiden. Utredningen efterlyser en nationell strategi för missbruks- och beroendevården som ska uppmärksamma även strukturella frågor om ansvar och huvudmannaskap. I anslutning till detta lyfts den norska *Rusreformen* fram som ett intressant exempel. Den anses

representera ett försök att lösa ett motsvarande problem med delat huvudmannaskap genom att samla ansvaret för centrala delar av missbruks- och beroendevården hos den specialiserade sjukvården (s. 77–78).

I den utvärdering som gjorts av det riktade statsbidraget i vårdöverenskommelsen konstateras att det i många kommuner råder stor oklarhet om och för vilket ändamål bidrag erhållits och att många kommuner har genomfört projekt som inte ryms inom överenskommelsens tre utvecklingsområden. Bidragen har i många kommuner medverkat till att utveckla olika delar av missbruks- och beroendevården, men ofta på ett sätt som ligger relativt långt ifrån syftet med vårdöverenskommelsen (Kullberg m.fl. 2009, s. 117–121). I utvärderingen dras också mer generella slutsatser om möjligheten att genom statsbidrag styra missbruks- och beroendevården. En slutsats är att statsbidragens effekt brister i precision. De tenderar att bidra till en generell resursförstärkning inom missbruks- och beroendevården, snarare än en specifik utveckling av vissa verksamheter och arbetsmetoder. En annan slutsats är statsbidragens effekter är allt för kortsiktiga. Många av de verksamheter som tillskapas reduceras eller avvecklas när statsbidraget upphör. Mot denna bakgrund förs i utvärderingen resonemang om hur den statliga styrningen av missbruks- och beroendevården kan utvecklas. Ett alternativ anses vara att övergå från strukturell kapacitetsuppbyggnad till utbudsstyrning, till exempel genom att subventionera vissa vård- och stödinsatser. Ett annat alternativ anses vara en mer direkt styrning av missbruks- och beroendevårdens form, innehåll och genomförande via lagstiftning och annan reglering (s. 122).

Utredningen Nationell psykiatrisamordning bekräftade i betänkandet *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* (SOU 2006:91) den bild som förmedlades av Psykiatriutredningen att personer med missbruk eller beroende och psykisk sjukdom har svårt att få sina behov av vård och stöd tillgodosedda. Det konstateras att många av de problem som uppstår kring personer med samsjuklighet beror på att de har kontakt med flera olika huvudmän, myndigheter och vårdgivare som har olika förutsättningar, värderingar och mandat. Vidare betonas att ett komplicerat missbruk eller beroende ska ses som en allvarlig försvårande faktor och absolut inte utgöra grund för att diskvalificera någon från vård. Mot denna bakgrund drogs slutsatsen att det finns skäl att närmare belysa om nuvarande ansvarsfördelning mellan huvudmännen och

andra styrsystem behöver förändras för att personer med samsjuklighet ska få sina behov tillgodosedda (s. 92–93). Utredningen återkom i slutbetänkandet *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) till frågan om ansvar och huvudmannaskap. Det konstateras återigen att huvudmännen i dag inte tar det ansvar som krävs. Huvudmännen brister också i samordning och gemensam uppföljning av insatserna. Genom en förbättrad samordning bedöms individens behov kunna mötas bättre och resurserna användas mer optimalt. Utredningen fann det inte motiverat att föreslå någon lagreglerad förändring av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, utan begränsade förslagen till att införa förstärkta krav på samverkan och gemensam bedömning och uppföljning samt att undanröja vissa hinder för samverkan, bland annat vissa sekretessregler (s. 535–569).

Nationella riktlinjer och förstärkt tillsyn

Socialstyrelsen har givit ut nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2007). De gäller både medicinska och sociala insatser som ges inom landstingens beroendevård och kommunernas socialtjänst (missbruksvård). Riktlinjerna gäller endast vid missbruk eller beroende av narkotika och alkohol (inte läkemedel eller dopningsmedel), men omfattar också samsjuklighet. Det kan noteras att det är första gången som Socialstyrelsen ger ut nationella riktlinjer som gäller både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Vid implementeringen av riktlinjerna måste respektive huvudmans roll och ansvar tydliggöras regionalt och lokalt.

Staten har avsatt medel för att under perioden 2008–2010 implementera de nationella riktlinjerna. Som ett led i detta arbete har regeringen slutit en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting (SKL). Överenskommelsen innebär att regeringen finansierar ett projekt, benämnt Kunskap till praktik, som SKL driver (se SKL, Kunskap till praktik). Det övergripande syftet med överenskommelsen är att bygga upp det kvalificerade stöd som kommuner och landsting behöver för att utveckla sitt arbete i linje med de nationella riktlinjerna samt att skapa en organisatorisk struktur för erfarenhetsutbyte, främjande av samverkan mellan kommuner, landsting samt forskning och utveckling. De delmål som SKL har formulerat för projektet är: att ha utvecklat vårdkedjan så att nödvändiga insatser är tillgängliga och kan erbjudas på

lokal nivå; att ha tydliggjort ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och utveckla former för samverkan, samt; att ha personal med adekvat utbildning och aktuell kompetens för att fullgöra sina arbetsuppgifter i enlighet med de nationella riktlinjerna. Enligt överenskommelserna, vilka sluts årsvis, har regeringen för 2008 och 2009 avsatt 28 respektive 30 miljoner kronor. Det är ännu för tidigt att bedöma effekterna av denna satsning. Men det kan i alla fall konstateras att hösten 2009 hade samtliga län slutit avtal med SKL om att delta i projektet.

Utöver detta har regeringen initierat en förstärkt tillsyn av missbruks- och beroendevården under perioden 2008–2010, vilken genomförs av länsstyrelserna tillsammans med Socialstyrelsen (regeringens beslut S2008/3958/ST). Syftet med tillsynen är att stärka skyddet för personer med missbruk eller beroende för att de ska få sina vårdbehov tillgodosedda, samt att säkerställa att den enskilde är delaktig i planeringen. Länsstyrelserna ska bland annat granska ett urval av öppenvårdsverksamheter och samtliga behandlingshem (HVB) som erbjuder frivillig institutionsvård, undersöka om det finns brister i samverkan inom och mellan kommuner eller mellan olika huvudmän, granska dokumentation och handläggning i samtliga kommuner, granska hur barns och andra närståendes situation uppmärksammas, samt verka för en kunskapsbaserad vård i kommunerna i enlighet med de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Resultaten från tillsynen ska avrapporteras till regeringen i mars 2011.

Slutsatser

Missbruksutredningen konstaterar att det strukturella problemet med det delade ansvaret för missbruks- och beroendevården, och dess konsekvenser för individen i form av bristande tillgänglighet, samordning och kontinuitet samt för huvudmännen i form av ineffektivitet har på nationell nivå uppmärksamats i olika utredningar under 20 års tid. Åtgärder har även vidtagits. I första hand har försöken att komma till rätta med bristerna omfattat stimulansmedel till försöksverksamhet, kompetensutveckling, etc. samt förstärkt tillsyn. Därtill har vissa begränsade förändringar av lagstiftningen skett, främst när det gäller möjligheter till och krav på samverkan mellan huvudmännen.

För att underlätta samordningen finns i SoL och HSL ett antal bestämmelser som anger att kommuner och landsting kan och ska samverka. Exempelvis trädde en bestämmelse i kraft den 1 januari 2010 som anger att landstinget och kommunen ska ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning (8 a § HSL och 5 kap. 8 a § SoL). Det finns också ett flertal bestämmelser om skyldighet för huvudmännen att upprätta gemensam vårdplanering och planer.

Likväl kvarstår enligt utredningens bedömning problemen. Den möjliga lösning som tidigare utredningar framhållit är att genom lagreglering förtydliga huvudmännens respektive ansvar. Tidigare utredningarna har dock inte haft det explicita uppdraget att ta ställning till behovet av förändrad lagreglering och lämna lagförslag för att tydliggöra de två huvudmännens respektive ansvar eller förändra ansvarsfördelningen dem emellan.

I detta sammanhang ska noteras att det under 1990-talet genomfördes tre omfattande reformer inom vård- och omsorgsområdet i syfte att samla insatser för vissa särskilt utsatta grupper hos en huvudman, vilka innebar avsteg från normaliseringsprincipen. Ädelreformen 1992 innebar bland annat att kommunen fick huvudansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser, med undantag för läkarinsatser, till dem som bor i särskilda boenden och som vistas i dagverksamhet. Handikappreformen 1994 innebar framför allt att LSS trädde i kraft som kompletterar de rättigheter som den enskilde kan ha enligt annan lagstiftning. Psykiatrireformen 1995 syftade till att förbättra livsvillkoren för personer med psykiska funktionshinder och förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.

4.2.2 Upptäckt och tidig intervention

Upptäckt avser att identifiera riskbruk, missbruk eller beroende. Det kan avse direkta problem i den mening att en individ med problematisk konsumtion av alkohol eller andra droger identifieras eller indirekta problem i den mening att en individs problematiska konsumtion drabbar närstående.

Att uppmärksamma problem är i dag en uppgift för en lång rad verksamheter som möter människor i olika situationer varav många, men inte alla, återfinns inom kommunernas och landstingens respektive ansvarsområden. Viktiga verksamheter för identifi-

kation är bland annat inom kommunens ansvar skolan och socialtjänstens alla delar och inom landstingets ansvar primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, allmänpsykiatri och kroppssjukvården. Exempel på en annan viktig verksamhet är företagshälsovården.

Identifikationsinsatser kan inriktas mot situationer och grupper där det kan antas att riskabelt bruk av alkohol eller andra droger förekommer oftare, det vill säga en så kallad högriskstrategi. Men insatser kan också riktas mot bredare grupper till exempel genom screening av alla nybesök på en vårdcentral eller vid ett socialkontor. AUDIT är en enkel testmetod i form av ett formulär som patienten eller klienten själv fyller i för att identifiera alkoholproblem, som kan kombineras med biologiska markörer genom blodprov. För att identifiera narkotikaproblem kan frågeformuläret DUDIT samt urinanalyser användas.

För att vara meningsfull bör högriskinriktad och generell screening kombineras med första linjens åtgärdsberedskap. Första linjens åtgärder kan till exempel vara kort rådgivning eventuellt kombinerat med uppföljning. Tillgänglig kunskap talar för att tidiga interventioner mot riskabel alkohol- och droganvändning är effektiv, och även kostnadseffektiv (Socialstyrelsen 2007, s. 69–89). I detta sammanhang är det viktigt att upprätthålla en balans mellan ett alltför påfluet offentligt intresse för medborgarnas konsumtion av legala, men potentiellt skadliga droger, och de hälsomässiga och samhällsekonomiska vinster som tidigt insatta åtgärder kan medföra. Samhällets mandat att ingripa är betydligt större när det gäller illegala droger.

Det är också viktigt att den som upptäcker problemet har smidig tillgång till andra linjens insatser, till exempel att enkelt kunna hänvisa vidare alternativt konsultera specialister om de upptäckta problemen bedöms vara svåra eller om det visar sig att den enkla, tidiga interventionen inte är tillräcklig.

I dag har både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ett ansvar för att identifiera alkohol- och drogrelaterade problem och tidigt intervensera. Ett grundläggande problem rörande identifiering och tidig intervention är att chansen till att tidigt upptäcka och åtgärda problem tas till vara i allt för liten utsträckning.

Trots att alkohol är en risk- och orsaksfaktor bakom flera ohälsotillstånd uppmärksammas detta inte tillräckligt inom primärvården. Folkhälsoinstitutet driver sedan 2004 det tidsbegränsade *Risikbruksprojektet*. Syftet är att fler patienter, inom primär- och före-

tagshälsovården, ska screenas för alkoholvanor och vid behov få hjälp (se Folkhälsoinstitutet). Uppföljningar efter tre år visar att 8 av 10 tillfrågade distriktsläkare och distriktssköterskor genomgått någon form av utbildning i riskbruk, och att man inom mödrhälsosvården ligger ännu längre fram. Men genomslaget är fortfarande begränsat. Endast vid omkring vart femte läkarbesök på vårdcentral tas alkoholfrågan upp, men en förbättring kan skönjas. Strukturerade instrument för screening används inte särskilt ofta (Socialstyrelsen 2007, s. 86). Motsvarande breda satsningar för att utveckla upptäckt och tidig intervention är inte genomförda inom socialtjänstens område.

Det finns flera orsaker till att möjligheterna till tidig upptäckt och tidig intervention försummas. Medarbetare kan anse att det inte ingår i verksamhetens uppdrag eller vara osäkra på vilka åtgärder som är tillgängliga om ett problem identifieras. Uppgiften kan prioriteras bort på grund av tidsbrist. Alkohol och droger kan vara tabubelagda ämnen. Den första förklaringen har en tydlig koppling till ansvarsfördelningen, i de fall problem identifieras av en huvudman och ansvaret för insatser ligger hos en annan.

En väsentlig aspekt vid all screening, inte minst påtagligt inom missbruksområdet, är att om man frågar ofta och brett så kommer man att hitta tidigare okända personer med relativt avancerad problematik, som vanligen inte den screenande verksamheten har kompetens och resurser för att möta. Detta reser frågan om den första linjens verksamheter, som har de bredaste kontakterna gentemot befolkningen och därmed är mest lämpade för att screena, också ska ha ansvaret för bedömning och insatser i de mer komplicerade fallen, eller om det i dessa fall ska finnas en tydlig hänvisningsmöjlighet till specialiserade enheter. Lokalt har man på flera håll i form av vårdprogram och avtal mellan primärvården och specialistvården försökt beskriva var gränsen ska gå mellan första och andra linjens ansvar inom landstingsverksamheterna. Nationellt finns ingen entydig reglering på detta område, även om till exempel målbeskrivningar för vad en specialist i allmän medicin ska behärska kan ge viss ledning. Riskbruksprojektets ansats med lokala projektledare, utbildningsinsatser för olika professioner och uppföljningar är ett sätt att försöka tydliggöra identifikationsuppdraget och ge redskap för enklare interventioner.

Stigmatisering är ett annat problem förenat med identifikation av och tidig intervention mot riskbruk, missbruk eller beroende. Ofta hävdas att stigmanivån skiljer sig mellan de två huvudmännen

och att hälso- och sjukvården har ett försteg framför socialtjänsten. Till en läkare kan man gå utan att känna sig utpekad medan kontakter med socialtjänsten ofta förknippas med utslagning och social marginalisering. Det empiriska underlaget för detta är såvitt utredningen kan bedöma begränsat, men befolkningsenkäter med frågor om var en person skulle vända sig om man hade alkohol- och drogrelaterade problem pekar möjligen i en sådan riktning. Det är vanligt att socialtjänsten i kommunerna skapat rådgivningsbyråer för droger med diskret ingång, och utan krav på registrering. Detta har gjorts med det uttalade syftet att öka tillgängligheten också för dem som skulle dra sig för att söka på socialkontoret. Om stigmatiseringsgraden är olika för olika huvudmän är valet av ansvarig huvudman sålunda av betydelse för möjligheten till upptäckt och tidig intervention.

Slutsatser

Utredningen konstaterar sammanfattningsvis att screening för upptäckt av riskbruk samt missbruks- och beroendeproblem och tidig intervention generellt sker i alltför begränsad utsträckning. Utifrån ett ansvarsperspektiv kan noteras att det inom ramen för ett delat ansvar kan vara svårt för en huvudman att hänvisa vidare i de fall en annan huvudman har ansvar för insatserna, och att denna svårighet sannolikt inverkar negativt på viljan att identifiera problem. För att främja upptäckt och tidig intervention i vårdkedjan är det viktigt att tydliggöra de två huvudmännens respektive ansvar.

4.2.3 Tillnyktringsverksamhet

Med tillnyktringsverksamhet avses att bereda alkohol- och drogpåverkade personer omvårdnad, viss medicinsk insatsberedskap och någonstans att vistas under en kortare tid medan den värsta påverkan går ur kroppen. Tillnyktringsverksamhet bör också för en del av dem som tillnyktrar ses som en länk i en vårdkedja bestående av: upptäckt och tidig intervention, tillnyktring, abstinensvård och behandling och stöd, samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. Det är dock långt ifrån alla som har behov av att passera denna tänkta vårdkedjas samtliga länkar.

Påverkade personer kan principiellt komma ifråga för tillnyktring på två olika sätt. Huvudregeln är att personer aktivt söker eller frivilligt accepterar ett erbjudande om tillnyktring och eventuellt om vidare vård och stöd. Därutöver kan personer i vissa särskilda fall omhändertas av polisen enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB).⁵ Detta gäller om en person är så berusad eller påverkad att han eller hon inte kan ta hand om sig själv eller om personen utgör en fara för sig själv eller andra. Det gäller dock inte om personen påträffas i sitt eget hem, eller i någon annans bostad. Polisen kan efter ett omhändertagande skjutsa personen till en tillnyktringsenhet eller motsvarande, varvid personen formellt frisläpps, eller i egen lokal förvara personen under några få timmar. Polisens ansvar för omhändertagandet diskuteras inte här, utan förutsätts fortsatt vara en rent polisiär uppgift.

Till de tillnyktringsenheter som finns i dag kommer majoriteten av besökarna på eget initiativ medan andra skjutas av anhöriga eller polisen (utan LOB). I de fall tillnyktringsverksamheten ligger i anslutning till ett sjukhus med akutmottagning är det brukligt att berusade personer efter bedömning på akutmottagningen överförs till tillnyktringen. Vad som följer efter tillnyktring varierar från fall till fall, utifrån bedömt behov av vård och stöd samt personens egna önskemål. Personen kan återvända hem, till föräldrar eller andra anhöriga eller hänvisas vidare till abstinensvård, somatisk eller psykiatrisk vård eller socialtjänst.

Frågan om tillnyktring kan emellertid inte begränsas till att vara en fråga om var berusade personer som omhändertas av polisen ska förvaras. Tillgången på tillnyktringsverksamhet måste säkerställas generellt för påverkade personer i behov av tillnyktring med medicinsk tillsyn, oavsett om behovet aktualiseras genom att en person omhändertas av polisen eller på annat sätt söker hjälp.

Utredningen ser det som en naturlig utgångspunkt att den huvudman som ska ha ansvaret för tillnyktring av personer som aktivt söker eller frivilligt accepterar ett erbjudande om tillnykt-

⁵ Av 1 § lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. framgår att den som anträffats så berusad av alkohol eller andra berusningsmedel att han inte kan ta hand om sig själv eller som annars utgör fara för sig själv eller för någon annan får omhändertas av polismannen. Av 4 § framgår att om den omhändertagne inte bereds vård på sjukhus eller annan vårdinrättning, och inte heller tas omhand på annat sätt eller friges, får denne hållas kvar hos polisen. Det finns även en bestämmelse som gör det möjligt att förvara personen vid kriminalvårdsmyndighet, vilket i praktiken innebär häkte. Enligt 6 § ska den omhändertagne fortlöpande ses till och om behov uppstår ska den omhändertagne föras till sjukhus eller läkare tillkallas så snart det är möjligt.

ring, även ska ha ett ansvar för tillnyktring för dem som omhändertaras enligt LOB. När det gäller personer som är våldsamma eller hotfulla finns det dock skäl som motiverar särskilda organisatoriska lösningar inom polisen.

I samband med att LOB trädde ikraft inleddes en försöksverksamhet med särskilda tillnyktringsenheter. Totalt etablerades ett tjugotal tillnyktringsenheter varav ett tiotal finns kvar i dag. I områden utan särskilda tillnyktringsenheter hanteras ibland tillnyktring inom ramen för andra verksamheter. Det kan till exempel ske inom hälso- och sjukvården på en så kallad "våt sida" av en avdelning för beroendevård, på övervakningsplats i anslutning till en akutmottagning, eller ibland inom så kallade lågtröskelhärbärgen. Om det medicinska behovet påkallar det, läggs gravt påverkade personer in på somatiska vårdavdelningar eller intensivvårdsavdelningar på sjukhus. På flera håll saknas i dag specifik tillnyktringsverksamhet. Detta styrks av tidigare utredningar (Ds 2001:31, SOU 2002:117, Justitiedepartementet 2005), och har bekräftats i samband med utredningens kontakter med verksamma inom missbruksområdet i olika delar av landet.

Bristen på tillnyktringsresurser kan medföra en ökad medicinsk risk för påverkade personer med behov av tillnyktring under kontrollerade former, eftersom de inte regelmässigt bedöms medicinskt eller erbjuds medicinsk tillsyn. Därtill kan brist på tillnyktringsverksamhet, som en tidig länk i en vårdkedja, utgöra ett hinder för personer som har behov av och vill genomgå abstinensvård och behandling av missbruk eller beroende. På vissa håll inleds nämligen inte abstinensvård eller annan behandling om personen inte är nykter. Det är förvisso möjligt för en person att själv ta ansvar för att nyktra till som en förberedelse för abstinensvård och efterföljande behandling. Men för personer som inte kan axla detta ansvar, finns en uppenbar risk att bristen på tillnyktringsverksamhet starkt begränsar individens faktiska tillgång till abstinensvård och annan behandling. Utredningen har från flera olika håll upplysts om att det blivit allt svårare att bedöma påverkade personers tillstånd som en följd av att blandmissbruk av flera olika psykoaktiva substanser blivit vanligare.

Det råder även oklarhet om vilken huvudman som ska ha ansvaret för tillnyktring. Ansvaret för att bedriva och finansiera verksamheten varierar mellan det tiotal 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.

Den otydlighet som råder om vilken huvudman som ska erbjuda tillnyktringsverksamhet inverkar negativt på huvudmännens benägenhet att inrätta denna typ av verksamheter, även om det vanligen finns en samsyn om att detta bör göras. I praktiken hanteras det otydliga ansvaret genom att huvudmännen lokalt och regionalt förhandlar om hur tillnyktringsverksamhet ska organiseras och finansieras. Ibland tillskapas verksamheter som omfattar samtliga kommuner i ett landsting. Ibland tillskapas lösningar som endast omfattar någon eller några kommuner i ett landsting. Ibland kommer huvudmännen inte överens, med följderna att det inte etableras någon tillnyktringsverksamhet. Det har bedömts att det i landet behövs cirka 40 tillnyktringsenheter för att möta behovet (Justitiedepartementet 2005). I dag finns ett tiotal. Tillgången på tillnyktring utgår sålunda inte primärt från befolkningens behov. Avgörande är i stället hur kommun och landsting tolkar sina respektive uppgifter och om de två huvudmännen kan komma överens om hur verksamheten ska finansieras och bedrivas.

Det otydliga ansvarets negativa inverkan på tillgången till tillnyktringsverksamhet ska dock inte tolkas som att samverkanslösningar mellan kommun och landsting nödvändigtvis är negativa. Det primära är att säkerställa tillgången till adekvat tillnyktringsverksamhet som kan fungera som en ingång till de två huvudmännens insatser senare i vårdkedjan. En positiv tolkning av de olika lokala lösningarna är att de utgör en anpassning till regionala och lokala förutsättningar och behov. Samtidigt finns dock uppenbara svagheter med samverkanslösningar om de, som i detta fall, bygger på ett otydligt ansvar för verksamhetens finansiering. Om huvudmännen inte kan enas tillskapas inte någon verksamhet och om någon eller några av de parter som gemensamt finansierar en verksamhet inte längre vill bidra, eroderar grunden för att bedriva verksamheten.

Därutöver finns ett behov av tillnyktringsverksamhet för dem som omhändertas enligt LOB, vilka förvaras hos polisen i arrestlokal. Det rör sig om en betydande antal tillfällen när påverkade personer förvaras i arrestlokaler. År 2008 uppgick antalet omhändertaganden till totalt 66 400. Antalet unika personer som omhän-

dertas under ett år har tidigare uppskattats till mellan 15 000 och 20 000 (Justitiedepartementet 2005).

Förvaringen av berusade personer i arrest är problematisk utifrån såväl ett medicinskt säkerhets- som ett vård- och behandlingsperspektiv. Med nuvarande ordning, enligt vilken polisen inte har medicinsk kompetens, är det svårt att i arresten tillgodose behovet av medicinsk tillsyn. Det innebär en risk för den omhändertagnes säkerhet. Det anses också ha blivit allt svårare för polisen att bedöma de omhändertagnas tillstånd, bland annat som en följd av att ett tilltagande blandmissbruk av alkohol och andra droger. Flera personer som har avlidit i polisarrest under senare år har drabbats av akut alkoholförgiftning eller blandförgiftningar med alkohol, narkotika och läkemedel. Förvaringen av de omhändertagna hos polisen sker under förhållanden som med dagens värderingar framstår som otidsenliga, det vill säga under inlåsning i lokaler som inte är anpassade för omvårdnad. Någon möjlighet att få mat, tvätta kläder eller duscha finns inte alltid.

Även utifrån ett 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. Detta talar för att ansvaret för förvaringen av berusade personer enligt LOB bör läggas på en annan huvudman (jfr SOU 2002:117, s. 52–53).

Slutsatser

Utredningen konstaterar att det råder brist på tillnyktringsverksamhet som tillgodoser kraven på omvårdnad och medicinsk bedömning, såväl för personer som aktivt söker eller frivilligt accepterar erbjudande om tillnyktring som för berusade personer som omhändertas av polisen. Underutbudet drabbar individens tillgång till tillnyktring under säkra former och försvårar ingången i vårdkedjan. Den huvudsakliga orsaken till detta är att det råder oklarhet kring vilken huvudman som har ansvaret för att erbjuda och finansiera tillnyktring. För att möta det behov som föreligger måste det sålunda tydliggöras vilken huvudman som ska ha ansvaret för tillnyktring.

4.2.4 Abstinensvård

Abstinensvård har traditionellt benämnts avgiftning. Med avgiftning avses att en substans eller drog elimineras ur kroppen. Termen avgiftning har dock i allt högre grad kommit att ersättas av termen abstinensbehandling eller abstinensvård. Med abstinensbehandling eller abstinensvård avses en lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktionerna som uppträder i anslutning till att intaget av alkohol eller andra droger upphör. Likaså är abstinensbehandling ibland nödvändig vid allvarliga psykiatriska och somatiska tillstånd (Socialstyrelsen 2007, s. 123–124, 150–154).

Abstinensvård har normalt, men inte alltid, medicinska inslag. För abstinensvård av vissa substanser finns en väl utvecklad metodik med god evidens. Det gäller företrädesvis alkohol, opiater, analgetika och benzodiazepiner. För vissa andra substanser saknas i dag specifika farmakologiska behandlingar, till exempel cannabis, amfetamin, kokain och hallucinogener (Socialstyrelsen 2007, s. 124).

Abstinensvård ska också ses som en länk i vårdkedjan, vilken sekventiellt föregås av tillnyktring och efterföljs av behandling. Av detta följer att ett viktigt syfte med abstinensvård också är att motivera en individ till fortsatt behandling och identifiera behovet av psykosocialt och socialt stöd.

Uppgifterna om tillgången till abstinensvård är osäkra. I en kartläggning av organisation, resurser och insatser inom narkomanvården från 2003 ansåg 9 av 10 kommuner och 5 av 10 landsting att det råder viss eller stor brist på abstinensvård (Socialstyrelsen 2004, s. 35–36). De uppgifter som har framkommit i samband med utredningens hearingar och besök runt om i landet indikerar att det alltjämt råder brist på kapacitet, främst när det gäller slutenvårdsplatser för abstinensvård, även om det givetvis finns goda exempel. Dimensioneringen av abstinensvården påverkas bland annat av hur lång abstinensperioden anses vara och hur behovet bedöms av behandling i slutet respektive öppen vård. Utredningen har uppfattat det som att landstingen generellt anser att behovet av slutet abstinensvård är mer begränsat både i volym och genomsnittlig vårdtid än vad kommunerna anser.

Den allmänna uppfattningen bland huvudmännen är att abstinensvård är ett ansvar för landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. I linje med detta står landstinget för merparten av abstinensvården, även om det förekommer att absti-

nensvård utförs av kommun eller privata och ideella vårdgivare. På vissa privata eller kommunala behandlingshem inleds vistelsen med en period av abstinensvård. Enligt ovan nämnda kartläggning av organisation, resurser och insatser inom narkomanvården utförde landstinget, ensamt eller i samverkan, drygt 90 procent av abstinensvården (Socialstyrelsen 2004, s. 32).

Inom två områden tenderar dock avsteg att göras från arbetsfördelningen med landstinget som ansvarig huvudman. Det gäller dels inom tvångsvården enligt LVM som utförs av Statens institutionsstyrelse och dels inom kriminalvården.

Statens institutionsstyrelse bedriver abstinensvård i egen regi. Klienterna är vid inskrivningen ofta i behov av abstinensvård. En stor andel av klinterna har inte genomgått abstinensvård innan de skrivs in vid LVM-hem. År 2007 uppgick antalet inskrivningar till totalt 1 299, varav vården i 42 procent av fallen inleddes på sjukhus (Statens institutionsstyrelse, Statistik 2007, s. 13). Enligt Statens institutionsstyrelse har ofta klienterna ett behov av abstinensvård även i de fall när vården har inletts på sjukhus. För abstinensvård och andra medicinska uppgifter finns sjuksköterskor och konsultläkare vid LVM-hemmen. Längden på den abstinensvård som Statens institutionsstyrelse bedriver i egen regi varierar enligt uppgift beroende på drog, från en vecka upp till flera månader. Abstinensvården består av symtomatisk behandling, omvårdnad, akupunktur och viss farmakologisk behandling. Statens institutionsstyrelse anser att klienternas behov av abstinensvård och viss annan medicinsk behandling bäst kan tillgodoses om myndigheten i egen regi bedriver denna, men att verksamheten bör finansieras av landstingen, inte via den avgift som kommunerna betalar för LVM-vården (Statens institutionsstyrelse 2008, Abstinensbehandling vid SiS institutioner).

Kriminalvården bedriver abstinensvård i egen regi i enlighet med särskilda riktlinjer som reglerar bland annat läkemedelsanvändning och vårdtider. Verksamhetsmässigt eftersträvas en arbetsfördelning som innebär att vårdare iakttar, sjuksköterskor bedömer och läkare ordinerar läkemedel. Det saknas i dag detaljerade uppgifter om abstinensvårdens volym inom kriminalvården. Men enligt myndighetens egen skattning används mellan 25 och 40 procent av sjuksköterskornas och läkarnas arbetstid vid häkten till att bedöma och hantera abstinensstillstånd. Kriminalvården har uppgett att myndigheten anser det vara rationellt att i egen regi bedriva den abstinensvård som motsvarar den som bedrivs som öppen vård inom hälso-

och sjukvården, eftersom kostnaderna för att driva denna understiger de kostnader för transporter och bevakning som skulle följa om myndigheten i stället nyttjade landstingets utbud.

Avstegen från ordningen att abstinensvård är ett ansvar för hälso- och sjukvården är problematiska i åtminstone två avseenden. Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv finns en risk att abstinensvård som bedrivs utanför den ordinarie hälso- och sjukvården inte uppfyller samma krav på patientsäkerhet eller att klienter inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM inte i samma utsträckning som patienter inom hälso- och sjukvården har tillgång till adekvat medicinsk behandling. Utifrån ett förvaltningsperspektiv upprätthålls inte den så kallade normaliseringsprincipen, vilket innebär att staten för kriminalvården och kommunerna för tvångsvården enligt LVM finansierar abstinensvård som enligt principen ska finansieras av landstingen.

Samtidigt ska inte storleken på detta problem överdrivas. De medel Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse avsätter för abstinensvård och annan hälso- och sjukvård utgör en liten andel av såväl myndigheternas egna totala kostnader som landstingens samlade kostnader för hälso- och sjukvården.

Utifrån ett vårdkedjeperspektiv är bristande samspel mellan abstinensvård och anknytande delar av vårdkedjan ett problem. Det är svårt eller omöjligt att entydigt dra gränser mellan abstinensvård, föregående tillnyktring och efterföljande behandling. Det förekommer också att verksamheter ställer krav på att individer för att komma ifråga för abstinensvård först ska vara nyktra. Det innebär att individer i behov av abstinensvård ibland nekas tillgång. I detta sammanhang ska noteras att abstinenssymptom kan uppstå innan en drog helt har lämnat kroppen (Socialstyrelsen 2007, s. 151). Det förekommer också att individer fortfarande har betydande abstinenssymptom efter genomgången abstinensvård. Det innebär att individer i behov av efterföljande behandling ibland nekas tillgång. Ibland kan abstinenssymptom kvarstå flera veckor efter det att drogkonsumtionen upphört (Socialstyrelsen 2007, s. 151).

Slutsatser

Utredningen konstaterar att det förefaller föreligga en viss brist på abstinensvård. Ansvarsmässigt råder det enighet om att abstinensvård är ett ansvar för landstinget i egenskap av huvudman för

hälso- och sjukvården. Avsteg görs dock från denna ordning inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM, vilket innebär att den så kallade normaliseringsprincipen inte upprätthålls. Detta förhållande bör därför tydliggöras. Vidare kan konstateras att svårigheten att dra en tydlig gräns mellan tillnyktring, abstinensvård och efterföljande behandling har exkluderande effekter. När olika huvudmän ansvarar för tillnyktring, abstinensvård och efterföljande behandling finns ett ekonomiskt incitament för en enskild huvudman att begränsa eller öka tillgången till, respektive förkorta eller förlänga abstinensvården, eftersom det därigenom är möjligt att påverka hur kostnaderna för insatserna inom missbruks- och beroendevården fördelas mellan huvudmännen. För att undvika exkluderande effekter måste det skapas förutsättningar för mjuka övergångar mellan vårdkedjans olika länkar. Annars riskerar individen att drabbas genom att tillgången på vård och stöd begränsas samtidigt som de totala vårdresurserna används ineffektivt.

4.2.5 Behandling och stöd

Behandling och stöd är svårdefinierade begrepp. Lagstiftningen ger begränsad vägledning om begreppens innebörd och relation. I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården definieras dock begreppen (Socialstyrelsen 2007, s. 31–34).

Behandling definieras som systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma från missbruk eller beroende. Närmare bestämt ska fyra kriterier uppfyllas: metoderna ska ha stöd i forskning (evidenskriteriet), avsikten ska vara att hjälpa individen att komma från missbruk eller beroende och inte återfalla (intensionskriteriet), utövare av behandlingen ska ha lämplig kompetens (kompetenskriteriet), samt praktiken ska utövas i en verksamhet som är anpassad för terapeutiska och behandlande aktiviteter (kontextkriteriet).

Psykosocial behandling representerar enligt riktlinjerna en särskild form av behandling. För att vara psykosocial behandling ska utöver den generella behandlingsdefinitionen ytterligare två kriterier vara uppfyllda: interventionen ska rikta sig gentemot den enskildes psykologiska och sociala livssituation med ett uttalat fokus på missbruk eller beroende, samt interventionen ska främst syfta till att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar med ett uttalat fokus på missbruk eller beroende.

Omlärande, kognitivt beteendeorienterade, motivationsinriktade och återfallspreventiva metoder kan inkluderas i begreppet.

Psykosocialt stöd eller sociala insatser definieras som interventioner som främst syftar till att förbättra den enskildes sociala situation. Stödinsatser brukar vanligtvis vara inriktade på endera den enskildes sociala situation (bostad, sysselsättning, försörjning) eller på livssituationen i övrigt (relationer, självkänsla, etc.). I litteraturen benämns dessa insatser ofta som ospecifik behandling eller ospecifika stödjande insatser. Skillnaden mellan psykosocial behandling och socialt stöd är att stöd till skillnad från behandling inte baseras på en specifik teknik eller metod. Detta behöver dock inte innebära att stödinsatser är osystematiska. De kan också ha inslag av behandling, men de uppfyller inte samtliga behandlingskriterier.

Utifrån ett ansvarsperspektiv är en negativ konsekvens av avsaknaden av entydiga begrepp och lagstiftning som mer i detalj reglerar behandlingsuppdraget att huvudmännens respektive ansvar för behandling blir otydligt. I detta sammanhang ska dock noteras att otydligheten inte gäller all behandling. Den specialiserade sjukvården är ett tydligt ansvar för landstinget och hälso- och sjukvården. Inom missbruks- och beroendeområdet är abstinensvård och farmakologisk behandling, till exempel läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, tydliga landstingsuppgifter. Socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning är på motsvarande sätt ett tydligt ansvar för kommunen och socialtjänsten. Otydligheten gäller i första hand olika former av psykosocial behandling i både öppen och sluten vård.

Problemet är både av begreppslig och innehållslig natur. Det som inom socialtjänsten benämns behandling vid missbruk är i vissa stycken åtgärder som inom landstingsverksamhet inte skulle betecknas så, även om insatsen förkommer där. Inom socialtjänsten tenderar behandling att ges en mycket vid innebörd (jfr SOSFS 2003:20). Inom sjukvården har begreppet omvårdnad en någorlunda klarlagd betydelse, vilket inte har någon tydlig motsvarighet inom socialtjänsten. Detta kan leda till att vissa omvårdnadsåtgärder som icke legitimerad personal utför inom ramen för sin anställning på en sjukhusklinik, skulle betecknas som behandling eller psykosocialt stöd om samma personer utförde samma åtgärder inom ramen för en kommunal anställning.

Otydligheten i behandlingsansvaret kan illustreras med hjälp av Socialstyrelsens kartläggningar av öppenvårdsinsatser inom missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2008).

Öppenvården har en given dag kontakt med cirka 24 000 personer och sysselsätter omkring 3 800 årsarbetskrafter. Ovan nämnda kartläggning omfattar totalt cirka 630 enheter. Med de nationella riktlinjernas åtskillnad mellan behandling och stöd kan 400 enheter klassificeras som behandlingsenheter och 230 som stödenheter. Den övervägande andelen av enheterna bedrivs av landsting eller kommun, medan en mindre andel bedrivs av privata eller ideella vårdgivare.

Av de 400 behandlingsenheterna bedrivs omkring 85 procent i offentlig regi, varav en större andel av kommuner. Antalet årsarbetskrafter inom den öppna behandlingsverksamheten har skattats till totalt 2 600. Vid sidan om socialsekreterare (19 procent) och behandlingsassistenter (19 procent), är sjuksköterskor (16 procent), psykologer och psykoterapeuter (5 procent) och läkare (4 procent) viktiga personalgrupper. Behandlingsenheterna är befolkningsmässigt relativt jämt fördelade över landet. I absoluta tal finns dock över 50 procent i storstadsregionerna (Socialstyrelsen 2008, s. 21–27).

Inom behandlingsområdet förekommer enligt gjorda inventeringar ett tiotal enhetstyper eller verksamhetsinriktningar. När det gäller öppenvård kan följande typer eller inriktningar urskiljas: psykiatriska öppenvårdsenheter, privatmottagningar (läkar-, psykolog- och psykoterapeutmottagningar) öppenvårdsenheter för missbruksbehandling, kommunala eller ideella socialbyråer och kombinationer mellan öppen- och slutenvårdsverksamheter (jfr Socialstyrelsen 2008, s. 22).

Behandlingsenheterna erbjuder ett relativt brett utbud av vård och behandling. Medicinsk behandling är en viktig del. De medicinska insatserna omfattar bland annat provtagning, abstinensvård och farmakologisk behandling. Psykoterapi är en annan viktig del. De behandlingsmodeller som praktiseras är i första hand beteendeorienterade kognitiva terapier, olika former av jagstödande terapi samt motiverande samtal (Socialstyrelsen 2008, s. 43–45).

De cirka 230 stödenheterna bedrivs oftast i offentlig regi. Bland dessa finns cirka 120 alkoholmottagningar organiserade i Riksföreningen för Alkoholmottagningar (RAM). Cirka 90 procent av stödenheterna bedrivs av kommunen medan resterande enheter i flertalet fall bedrivs av landstinget. Antalet årsarbetskrafter vid

stödenheterna har skattats till totalt 1 200. Merparten av personalen är socialsekreterare (28 procent) eller behandlingsassistenter (32 procent). Förhållandevis få är medicinskt utbildade (sjuksköterskor (4 procent), psykologer och psykoterapeuter (1 procent) och läkare (<1 procent). Behovet av medicinsk kompetens tillgodoses ofta genom upphandling, i regel från landstinget (Socialstyrelsen 2008, s. 26–27).

Stödenheterna erbjuder ofta ett brett utbud av insatser.⁶ De vanligaste insatserna är rådgivning och motivationsarbete, psykosociala stödinsatser, återfallsprevention och eftervård. Men stödenheterna erbjuder även viss medicinsk behandling och psykoterapi (s. 45–47).

Av beskrivningen ovan framgår att både kommuner och landsting driver behandlings- och stödenheter. Behandlingsenheter bedrivs i hög grad av både landstinget och kommunen medan stödenheter i de allra flesta fall bedrivs av kommunen. Personalen vid de två enhetstyperna har betydande kompetensmässiga likheter. En viktig skillnad är dock att medicinsk kompetens är vanligare vid behandlingsenheter. I den mån stödenheter har medicinsk kompetens upphandlas normalt denna, i första hand från landstinget. Insatsutbudet skiljer sig åt, men det finns också betydande likheter mellan de två enhetstyperna. En skillnad är att behandlingsenheterna oftare erbjuder medicinsk behandling och stödenheterna i väsentligt högre grad psykosocialt stöd. För stödenheterna är typiska insatser omvårdnad, arbetsträning och motiverande samtal. När det gäller viss (psykosocial) behandling finns dock ett betydande överlapp. De behandlingsmodeller som tillämpas vid stödenheterna liknar i huvudsak de som tillämpas vid behandlingsenheterna. Två skillnader är dock att tolvstegsbehandling används i större utsträckning, och kognitiva tekniker och jagstärkande terapier i mindre utsträckning vid stödenheterna jämfört med vid behandlingsenheterna.

Inom ramen för den övergripande bilden av otydligt och delvis överlappande ansvar för behandling framträder sålunda ett mönster att specialiserad behandling mestadels sker inom ramen för landstingets verksamhet.

⁶ I detta sammanhang ska det noteras att uppgifterna om de olika enheternas utbud av behandling och stöd är relativt oprecisa. Till exempel framgår inte i vilken omfattning klienterna inom de respektive enheterna har tillgång till de olika insatserna eller vilka insatser som kontinuerligt erbjuds respektive är tillgängliga vid behov.

En annan problematisk konsekvens av otydligheten i huvudmännens respektive ansvar för behandling är att det råder stora regionala variationer i arbetsfördelningen och utbudet av behandling. Det framgår av den kartläggning av missbruks- och beroendevården i fem län (Karlsson 2009) som Missbruksutredningen beställt och finansierat. Det är också en bild som har förmedlats vid utredningens regionala hearingar, besök och andra kontakter runt om i landet.

Avsaknaden av ett återkommande mönster i den regionala och lokala rollfördelningen mellan huvudmännen indikerar att huvudmännen har ett betydande utrymme att själva tolka sina respektive behandlingsuppdrag. På vissa håll står kommunerna och på andra håll landstingen för mycket av behandlingen. I många fall står båda huvudmännen för betydande delar av behandlingen. Återigen ska det noteras att det inte är ansvaret för all behandling och allt stöd som är otydligt. Otydligheten gäller i första hand psykosocial behandling. Det förefaller som att landstingets tolkning av sitt uppdrag på många håll är avgörande för hur missbruks- och beroendevården organiseras. Om landstinget tolkar sitt uppdrag restriktivt tvingas kommunerna i praktiken att ta ett större ansvar. Detta hänger sannolikt också samman med kommunernas yttersta ansvar för medborgarna enligt SoL. Det omvända gäller även till viss del om landstinget tolkar sitt uppdrag generöst.

Den regionala variationen behöver inte vara negativ. En positiv tolkning är att den utgör en anpassning av missbruks- och beroendevårdens organisation för att möta regionala behov. Ett problem är dock att det otydliga ansvaret inte säkerställer ett grundläggande utbud i hela landet. Om huvudmännen regionalt och lokalt inte kommer överens om vilken huvudman som har ansvaret för att erbjuda och finansiera en viss insats finns en betydande risk att verksamheten inte kommer till stånd, vilket innebär att individens tillgång till vård kan avgöras av bostadsort. Ett exempel på detta är sprututbytesverksamhet som enligt den särskilda lagstiftningen förutsätter att landstinget vill inrätta en sådan och ha accept för detta av samtliga kommuner. Ett annat problem är att det delade ansvaret mellan huvudmännen inbjuder till försök att förflytta kostnader från den ena till den andra huvudmannen, vilket kan drabba individen genom försämrad tillgång till behandling. Exempel i detta sammanhang är att kommuner i vissa fall bekostar läkemedelsassisterad behandling och neuropsykiatrisk utredning. Detta kan givetvis ses som ett uttryck för att kommunen i klientens

intresse bekostar insatser som formellt landstinget har ansvaret för. Men det kan också ses som ett försök att omdefiniera en klient till en patient och därigenom förskjuta behandlingsansvaret från socialtjänsten till hälso- och sjukvården.

Utifrån ett individperspektiv kan variationen i huvudmännens rollfördelning också vara negativ i den mening att det blir svårare för individen att veta vart han eller hon ska vända sig för behandling. Förskjutningar av behandlingsansvar mellan huvudmännen kan också innebära att individens ställning försvagas eftersom SoL till skillnad från HSL innebär vissa rättigheter för den enskilde.

Slutsatser

Utredningen konstaterar att svårigheten att definiera begreppen behandling och stöd leder till att huvudmännens respektive ansvar för dessa insatser är otydligt, vilket utifrån ett brukarperspektiv riskerar att leda till att behandlingsutbudet begränsas på grund av att huvudmännen inte kommer överens om vem som ska erbjuda och finansiera viss behandling. Detta avspeglas också i betydande regionala variationer i utbud, vilket innebär att en persons tillgänglighet till vård inte enbart avgörs av behov utan också av var i landet hon eller han är bosatt. Genom att tydliggöra huvudmännens ansvar för behandling kan denna risk reduceras. Samtidigt ska det framhållas att det finns en risk för att ett tydliggjort ansvar för behandling inte bara kan uppfattas som ett tydliggörande av vad huvudmännen *ska göra*, utan i lika stor grad en förklaring av vad de *inte ska göra*. Det är också viktigt att främja samverkan mellan huvudmännen och lokal anpassning av behandlingsutbudet. Detta indikerar betydelsen av att huvudmännen har möjlighet att utifrån lokala förutsättningar komma överens om lösningar som avviker från den generella ansvarsfördelningen, men dock endast så länge som det totala behovet av insatser för behandling och stöd uppfylls. För personer med alkohol- eller narkotikaproblem finns på de flesta håll etablerade verksamheter, medan insatser för personer med olämplig läkemedelsanvändning eller dopningsproblem är mycket begränsade.

4.2.6 Utredning, bedömning, planering, uppföljning

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, eventuella tidigare insatser och resultaten av dessa. Vid missbruk eller beroende är det av vikt att etablera hur drog-användningen sett ut i ett livstidsperspektiv. Det finns olika modeller för att kartlägga och dokumentera sådant som debutålder, mängder och i vilka situationer som drogen använts. I Sverige används standardiserade instrument, i första hand ASI och DOK. I många fall behöver utredningen kompletteras med en diagnostisk psykiatrisk värdering, och en bedömning av funktionsnivå. Dessa bedömningar kan behöva upprepas och bör för att bli tillförlitliga göras när individen har återhämtat sig från drogabstinensen.

Med bedömning avses att beskriva problemen i termer av diagnos och vårdbehov, väga samman bästa åtgärder och individens egna önskemål, samt att formulera förslag till åtgärder.

Med planering avses den aktivitet som professionella tillsammans med klienten eller patienten och ibland hans eller hennes närstående utför för att bestämma hur insatserna ska utformas. Formuleringen av delmål och mer långsiktiga mål är en viktig del av planeringsprocessen. Ett starkt fokus på planering av insatser är motiverat på flera sätt. Utan en planering med mål på kort och lång sikt är det svårt att följa upp resultaten av det man gjort. Utan en plan som bryter ned de långsiktiga målen (till exempel drogfrihet, missbruksfrihet, arbete, egen bostad) till tidsatta delmål (till exempel delta i gruppverksamhet en gång per vecka, fungera på det särskilda boendet) är det lätt att tappa orienteringen och fastna i ett åtgärdande vars syfte snabbt blir oklart både för individen själv och för dem som ska bistå. Samtidigt som planering således är viktig, finns många exempel på att planer kan bli verkningslösa. Det kan bero på att målen varit orealistiska, att den det gäller inte har varit tillräckligt delaktig, att planeringen skett inom ramen för ett begränsat utbud av insatser i stället för att utgå från brukarens behov, eller att planen har varit för statisk. På missbruksområdet kompliceras dessutom långsiktig planering av återfall och växlande motivation, vilket gör planering till en än mer krävande uppgift.

Med uppföljning avses här främst en aktivitet som enligt planeringen görs för att ta reda på hur förloppet utvecklar sig. Det naturliga sättet att följa upp resultaten är även mot de mål man vid

planeringstillfället kunnat komma överens om. Uppföljningen kan ofta med fördel kombineras med insatsen återfallsprevention. Bedömningsinstrumenten ASI och DOK innebär möjligheter för uppföljning. Erfarenheterna från tidigare insatser är viktiga vid valet av ny åtgärd. Generellt förefaller uppföljning vara ett bristområde. Den del av den nationella ASI-databasen som utredningen låtit bearbeta innehåller 14 000 grundintervjuer med unika personer, men endast 3 000 uppföljningsintervjuer (Armelius & Armelius 2009).

Inom hälso- och sjukvården förenas ofta bedömningsmomenten med utförandet av insatsen, och samma personer kan ha ansvaret både för att utreda, bedöma och behandla. Vanligen tillämpas en arbetsmodell med multiprofessionellt team, vilken kan innebära att en ny patient under utredningsfasen får träffa flera olika medlemmar av teamet. Psykologen gör sin bedömning eventuellt med hjälp av olika testmetoder, socionomen gör sin utredning, läkaren ställer diagnos, och vid en behandlingskonferens beslutas om vilken behandling som kan erbjudas. Behandlingen kan sedan huvudsakligen utföras av någon annan medlem i teamet. Resultatet rapporteras fortlöpande vid teamkonferenser, och ny konsultation med till exempel läkaren kan bli aktuell efter någon tid.

Hälso- och sjukvårdens bedömningar syftar till att beskriva individens problem i termer av sjukdomsdiagnoser, funktionsnedsättningar och vårdbehov. De kan i princip mynna ut i ett av följande tre alternativ: att vårdbehovet avisas, att ett eller flera alternativa förslag till behandling eller vidare utredning lämnas till patienten, eller att man bestämmer sig för att avvakta och se hur tillståndet utvecklar sig utan vidare åtgärder för tillfället. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Inom socialtjänstens område förekommer det vid biståndsbedömda insatser att en särskild funktion för myndighetsutövning gör bedömning och fattar beslut. När insatsen från socialtjänsten ges som rådgivning har bedömningsprocessen mer likheter med sjukvårdens tillvägagångssätt, men multiprofessionella team är ovanliga. Socialtjänstens biståndsbeslut grundas på en utredning av individens förhållanden som avser att klargöra huruvida klienten är berättigad till en insats för att uppnå en skälig levnadsnivå. Syftet med bestämmelserna om bistånd är att tillförsäkra den enskilde stöd och hjälp inom socialtjänsten när sådana insatser är nödvändiga för att klara försörjning eller livsföring i övrigt. Ingen grupp

har ett starkare skydd än andra när det gäller rätten till bistånd. Vid valet av insats görs en sammanvägning av insatsens lämplighet, den enskildes önskemål och kostnaden för insatsen. Därmed finns utrymme för att utfärda nationella riktlinjer som gäller även inom socialtjänstens område, till exempel gällande riktlinjer för missbruks- och beroendevård samt kommande riktlinjer för psykosvård och demensvård.

Ordningen med två självständiga huvudmän med parallella system för utredning, bedömning, planering och uppföljning är i många sammanhang naturlig. Det finns dock situationer där det parallella ansvaret blir ett problem. Det gäller i första hand när insatser från båda huvudmännen måste samordnas innehållsmässigt och koordineras över tid för att vara verkningsfulla. Om landstinget beslutat om att erbjuda psykoterapi och färdighetsträning, men personen saknar bostad och pengar, blir det svårt att genomföra behandlingen. Om socialtjänsten beslutat om en behandlingshemsvistelse, men klienten dessförinnan är i behov av abstinensvård som landstinget inte kan erbjuda utan väntetid, havererar planeringen.

För personer i behov av koordinerade insatser från båda huvudmännen är sålunda en svaghet med dagens system att huvudmännen var för sig utreder och bedömer problemet. Det parallella ansvaret följer i första hand av att det handlar om två självständiga huvudmän med olika ansvarsområden som regleras av två olika lagstiftningar av olika karaktär. Men det förklaras också delvis av att det råder sekretess mellan huvudmännen. Sekretessen kan dock upphävas av den enskilde genom samtycke.

Medan socialtjänstens insatser huvudsakligen är individuellt behovsprövade stöd-, vård- och behandlingsinsatser enligt SoL, är hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga, diagnostisera eller behandla sjukdom reglerade enligt HSL, baserade på medicinska bedömningar utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och kopplade till en fastställd prioriteringsordning. Det är naturligt att den huvudman som föreslår en insats även står för finansieringen. Psykiatern som beslutar om slutna vård för en patient med svåra abstinenssymtom är vanligen anställd av den huvudman som finansierar vårdavdelningen. Den socialsekreterare som på delegation av socialnämnden fattar ett biståndsbeslut i form av behandlingshemsvistelse är anställd av den organisation som bekostar vistelsen. Även dokumentationskraven skiljer mellan huvudmännen. Medan socialsekreteraren dokumenterar beslut och grunderna för detta i

socialtjänstens dokumentationssystem enligt SoL, journalför psykiatern beslutet om inläggning i ett system som regleras av patientdatalagen. Tillsyn och hantering av misstänkt felbehandling eller motsvarande sker utifrån de respektive lagstiftningarna.

En annan svårighet är att huvudmännens kompetensområden delvis överlappar. Det är inte självklart att alla aktiviteter som behöver ingå i en utredning ingår i en huvudmans kompetensområde. Till exempel kan det behövas en diagnostisk bedömning eller neuropsykiatrisk utredning, vilket normalt faller inom sjukvårdshuvudmannens kompetens, samtidigt som det behövs en bedömning av sociala behov och rätt till bistånd enligt SoL, vilket faller inom socialtjänstens kompetens. Likaså skiljer sig bedömnings- och utredningsarbetets slutprodukt åt. Medan sjukvården kategoriserar patienters problem i termer av sjukdomsdiagnoser eller funktionsnedsättningar, utmynnar socialtjänstens bedömningar inte nödvändigtvis i den typen av systematiskt beskrivna kategorier, utan här kan slutprodukten vara om den enskilde har, eller inte har, rätt till en viss insats.

Ytterligare ett problem på bedömningsområdet är att många personer med missbruk eller beroende har sammansatta, återkommande och långvariga behov av insatser, vilka faller inom både kommunens och landstingets ansvarsområde. En situation som aktualiserar detta problem är samsjuklighet mellan missbruk och beroende och psykisk sjukdom, men problemet är inte unikt för gruppen med samsjuklighet. Långvariga beroendetillstånd innebär inte sällan en instabil social situation, särskilt när det gäller beroende av illegala droger. De sammansatta behoven kräver en samlad, tvärprofessionell bedömning. Samordning av och ibland samtidigt i utförandet är viktigt för att insatserna ska vara verkningsfulla.

Slutsatser

Utredningen konstaterar att problemen relaterade till bedömning finns på tre nivåer:

- huvudmännen har att tillämpa olika bedömningslogik utifrån lagstiftningar av olika karaktär,
- huvudmännen har delvis överlappande och delvis åtskilda kompetensområden, samt

- huvudmännen måste i många fall koordinera sina insatser för att möta individens samlade behov av vård och stöd.

Det är utredningens uppfattning att utredning, bedömning, planering och uppföljning bör bilda en gemensam funktion som löper som en röd tråd genom vårdkedjan och som kopplar samman dess olika funktioner – upptäckt tidig intervention, tillnyktring, abstinensvård, behandling och stöd – till en helhet. Det innebär inte att alla personer aktuella för någon insats på missbruksområdet nödvändigtvis måste passera alla vårdkedjans länkar. Det innebär inte heller att alla personer med missbruk eller beroende är i behov av koordinerade insatser från flera huvudmän. I första hand är det personer med komplexa problem och behov av koordinerade insatser från de två huvudmännen som har att vinna på en samlad, tvärprofessionell funktion för gemensam bedömning. Finns inte en sådan funktion kan individen tvingas upprepa sin historia flera gånger och få sina behov bedömda på olika sätt.

Inom ramen för rådande ansvarsfördelning med delat huvudmannaskap kan en samlad bedömning i princip endast komma till stånd genom samverkan mellan kommun och landsting, och eventuellt fler parter, till exempel Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Även om det finns goda exempel på utförandelösningar i samverkan (till exempel beroende- och psykosteam och dubbeldiagnosteam), där förekomsten av den samordnade insatsen också förefaller underlätta för de respektive bedömningsprocesserna, kvarstår det som ett hinder att bedömningarnas logik inte följer samma mönster. Däremot kan inte hävdas att vare sig socialtjänstens eller hälso- och sjukvårdens bedömningsmodeller är optimala för området. Socialtjänstens rättighetsbaserade modell har fördelar eftersom målgruppen är utsatt och riskerar att prioriteras lågt. Sjukvårdens mer kunskapsinriktade modell har fördelen att den driver fram metodutveckling och ställer krav på kompetenshöjning. En nackdel med socialtjänstmodellen är att det förefaller finnas ett glapp mellan den formella processen och utförandet (rådgivning utan registrering). En nackdel med sjukvårdsmodellen är att prioriteringen mellan olika vårdbehovsgrupper i praktiken är svår, och att rådande prioriteringsordning ger begränsad vägledning i praktiken.

4.3 Tre ansvarsmodeller

Utredningen ser som en huvuduppgift att pröva om, och i så fall hur, kommunens och landstingets respektive ansvar för missbruks- och beroendevården bör tydliggöras, samt överväga behovet av att förändra ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen. Det är den särskilde utredarens bedömning att huvudmännens respektive ansvar och ansvarsfördelningen dem emellan måste förtydligas (jfr avsnitt 4.2). Nedan presenteras tre olika ansvarsmodeller för missbruks- och beroendevården.

Modell 1 bygger vidare på nuvarande delade ansvar för missbruks- och beroendevården. I sin grundversion (1a) innebär den att kommunens och landstingets ansvar för centrala länkar i vårdkedjan tydliggörs genom lagstiftning. Modellen kan vidareutvecklas genom att det införs särskilda mekanismer som stärker individens ställning visavi huvudmännen. Modell 1b innebär att det införs en vårdgaranti som ger individen rätt till utredning och bedömning inom en viss tid samt rätt att utifrån bedömda behov fritt i hela landet, välja utförare av vård och behandling med bibehållet finansieringsansvar för hemkommunen eller hemlandstinget.

Modell 2 innebär att ansvaret för missbruks- och beroendevården samlas hos kommunen.

Modell 3 innebär att ansvaret för missbruks- och beroendevården samlas hos landstinget.

De olika grundmodellernas uppbyggnad följer en gemensam logik. De kombinerar på olika sätt ansvaret för ett antal av de centrala länkarna i vårdkedjan: upptäckt och tidig intervention, tillnyktring, abstinensvård, behandling och stöd, samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. I underversionen av Modell 1 införs därtill en vårdgaranti för att stärka individens ställning och tillgängligheten till vård och stöd.

Modellbeskrivningarna har också en liknande uppbyggnad för att underlätta jämförelser av de olika alternativen. Först presenteras de huvudsakliga motiven för modellen. Därefter beskrivs i korthet vad modellen innebär i ansvarsmässiga termer. Slutligen diskuteras översiktligt några tänkbara för- och nackdelar med respektive modell. Utredningens förhoppning är att debatten om modellerna ska bidra med ytterligare bedömningar av vad de olika alternativen skulle kunna innebära, både ur ett brukar- och ett verksamhetsperspektiv.

4.3.1 Modell 1a: Delat huvudmannaskap, tydligare ansvar

Utredningens bedömning: Kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården bör ha ett fortsatt delat ansvar för missbruks- och beroendevården. De två huvudmännens ansvar för centrala funktioner i vårdkedjan bör dock tydliggöras genom lagreglering.

Kommunen bör ha ansvaret för viss behandling (psykosocial) och sociala insatser i form av boende, sysselsättning och försörjning.

Landstinget bör ha ansvaret för tillnyktring, abstinensvård och viss behandling (medicinsk).

De två huvudmännen bör ha ett parallellt och i vissa delar gemensamt ansvar för upptäckt och tidig intervention samt för utredning, bedömning, planering och uppföljning.

Individens ställning bör stärkas genom utökade sanktionsmöjligheter gentemot kommunen vid utebliven eller försenad insats.

De två huvudmännens ansvar bör regleras endera genom tillägg i SoL och HSL eller genom införandet av en särskild missbrukslagstiftning som kompletterar ramlagarna SoL och HSL.

Motiv för modellen

Personer med missbruk eller beroende har inte sällan sammansatta vårdbehov, och tillståndens orsaker är multifaktoriella. Det krävs i flera fall både medicinska och sociala insatser. Vare sig till exempel alkoholberoende i grunden uppfattas som en sjukdom i hjärnan med sociala konsekvenser, eller som ett socialt problem med medicinska komplikationer, är det allmänt accepterat att det kan föreligga ett behov av sociala, psykosociala och medicinska insatser. Insatserna inom missbruks- och beroendevården har traditionellt fokuserat personer med så kallat tungt missbruk, det vill säga personer med skadligt bruk eller beroende i kombination med en betydande social problematik. Utvecklingen inom missbruks- och beroendevården har gått i riktning mot en mer evidensbaserad vård och behandling. Detta gäller både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. De evidensbaserade metoder som används är av både

medicinsk och psykologisk eller psykosocial karaktär. De psykologiska och psykosociala metoderna är inte begränsade till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, utan används inom båda områdena. Även om de medicinska inslagen har ökat, är de psykosociala och sociala inslagen i vården och stödet fortfarande dominerande. Inom flera centrala områden saknas ännu allmänt accepterade specifika evidensbaserade medicinska behandlingar, till exempel för behandling av beroende av amfetamin eller cannabis, de två illegala narkotikaklassade substanser vars bruk i dag har störst utbredning i den svenska befolkningen. Att det saknas specifika evidensbaserade metoder innebär inte att vård och behandling inte tillhandahålls, utan att insatser görs utifrån erfarenhet om vad som brukar kunna fungera.

Personer med missbruk eller beroende är en särskilt utsatt grupp som riskerar att inte få sina behov av insatser tillgodosedda. Detta motiverar förändringar för att stärka individens ställning gentemot huvudmännen.

Modellens innebörd

Modellen utgår från nuvarande ansvarsordning med ett delat ansvar för missbruks- och beroendevården mellan kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Modellen innebär i korthet att landstinget har ansvaret för tillnyktring, abstinensvård (även inom kriminalvården och tvångsvården) och viss behandling (medicinsk), och att kommunen har ansvaret för socialt stöd och viss behandling (psykosocial). Vidare innebär modellen att de två huvudmännen har ett delat eller gemensamt ansvar för upptäckt och tidig intervention samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. Därutöver införs en utökad sanktionsmöjlighet gentemot kommunen vid försenad eller utebliven insats. De två huvudmännens ansvar för enskilda funktioner i vårdkedjan och ansvarsfördelningen dem emellan tydliggörs och regleras antingen genom tilläggsbestämmelser i SoL och HSL eller genom införande av en särskild missbrukslagstiftning som kompletterar ramlagarna SoL och HSL.

Kommunen	Landstinget
Upptäckt och tidig intervention	Upptäckt och tidig intervention
	Tillnyktring
	Abstinensvård
Psykosocial behandling	Medicinsk behandling
Socialt stöd Boende, sysselsättning, försörjning	
Egen, ibland samordnad utredning, bedömning, planering, uppföljning	Egen, ibland samordnad utredning, bedömning, planering, uppföljning

Upptäckt eller identifikation av alkohol- och drogrelaterade problem och tidig intervention bör vara ett ansvar för både kommunen och landstinget. I dag är ett problem att screening av riskbruk, missbruk och beroende sker i allt för begränsad omfattning. Utredningen kan konstatera att det finns ett betydande dolt missbruk i den mening att en betydande andel av dem med problem är okända för socialtjänsten och hälso- och sjukvården och att riskabelt och skadligt bruk ofta upptäcks onödigt sent. Effektiv identifiering av problem kräver breda kontaktytor gentemot befolkningen. Om ansvaret för upptäckt skulle begränsas till endera kommunen eller landstinget skulle kontaktytorna bli mindre och förutsättningarna för upptäckt försämrade. Det är också viktigt att den som upptäcker problem har möjlighet att initiera tidig intervention, till exempel i form av kort rådgivning. Dessutom är det viktigt att det i komplicerade fall finns möjlighet till konsultation med eller hänvisning till specialiserad hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Detta motiverar att båda huvudmännen bör ha ett ansvar för upptäckt och tidig intervention. Vidare bör huvudmännen genom vårdprogram och avtal reglera ansvarfördelningen i detalj och hur ärenden som inte kan hanteras i den första linjens verksamheter ska handläggas.

Tillnyktring bör vara ett ansvar för landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Utredningens problemanalys visar att det råder betydande brist på tillnyktring med adekvat medicinsk kompens. Det finns skäl som talar både för och emot kommunen respektive landstinget som huvudman för tillnyktring. (Se Modell 2 respektive Modell 3 nedan för argumenten för och emot respektive huvudman som ansvarig för tillnyktring.) För

landstinget som huvudman talar i första hand medicinsk kompetens och medicinsk säkerhet samt kostnadseffektivitet. För kommunen som huvudman talar i första hand erfarenhet av social problematik och närhet. Utredningen anser att landstinget är att föredra som huvudman för tillnyktring inom ramen för nuvarande ansvarsordning med delat huvudmannaskap för missbruks- och beroendevården. Landstinget bör sålunda ha ansvaret för att erbjuda och finansiera tillnyktring. Detta ansvar bör omfatta såväl personer som frivilligt söker eller accepterar ett erbjudande om tillnyktring, som personer som omhändertagits enligt LOB. Även för våldsamma eller hotfulla personer som måste förvaras i arrest, bör landstinget ha ansvar för att, utifrån lokala förutsättningar, tillhandahålla medicinsk bedömning samt för att vid behov hänvisa vidare till annan hälso- och sjukvård.

Abstinensvård bör vara ett ansvar för landstinget. Normalt har abstinensvård tydliga medicinska inslag. Detta gäller i synnerhet komplicerad abstinensvård som bedrivs i sluten vård. I linje med detta utför landstinget helt i egen regi eller genom anlita d entreprenör lejonparten av abstinensvården, dock med undantag för den abstinensvård som Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (och i viss mån vissa privata vårdgivare) bedriver i egen regi. Den abstinensvård som Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse utför i egen regi, motsvarar i första hand den abstinensvård som landstinget ger i öppen vård. Dessa avsteg från ordningen att landstinget har ansvar för abstinensvård kan innebära risker för patientsäkerheten och bryter mot den så kallade normaliseringsprincipen eftersom stat och kommun finansierar en uppgift som landstingen enligt principen ska finansiera. För att undvika brott i vårdkedjan är det ett mervärde om den huvudman som har ansvaret för abstinensvård även har ansvaret för föregående övervakad tillnyktring och efterföljande behandling. Utredningen finner inte skäl för att inom ramen för ett delat huvudmannaskap för missbruks- och beroendevården frångå ordningen med landstinget som ansvarig huvudman för abstinensvård. Dock bör det tydliggöras att landstingets ansvar även ska omfatta finansiering av abstinensvård inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM. I de fall det av praktiska skäl inte är möjligt för landstinget att tillhandahålla abstinensvård inom kriminalvården eller tvångsvården, ska landstinget likväl finansiera denna. När detta ansvar specificeras måste hänsyn tas till att det inom både kriminalvården och tvångsvården vanligen vistas klienter som inte är bosatta inom det landsting som anstalten

eller institutionen är belägen. Utredningen anser av praktiska skäl att vistelselandstinget bör ha detta ansvar. Kostnaden för ett landsting är relativt begränsad samtidigt som den statliga verksamheten ifråga bidrar till sysselsättning och därigenom till skatteunderlaget i landstinget.

Behandling bör, enligt modellen, vara ett ansvar för både kommunen och landstinget. I dag erbjuder och finansierar både kommunen och landstinget behandling för personer med missbruk eller beroende. Att båda huvudmännen har ett ansvar för, och erbjuder behandling, är i sig inget problem. Utredningens problemanalys visar dock att den otydliga regleringen av huvudmännens respektive ansvar ibland resulterar i att det totala utbudet av och tillgängligheten till behandling minskar som en följd av att huvudmännen inte kan enas om vem som ska finansiera viss behandling. Dagens reglering innebär vidare att samtida insatser inte alltid kommer till stånd när behov föreligger och att ambitionsnivån på insatserna varierar betydligt mellan olika landsting och kommuner, utan tydlig relation till den regionala och lokala behovsbilden. Otydligheten om vem som ska ansvara för vilken behandling kan också drabba individen genom försämrade kontinuitet i vården genom att en insats inte efterföljs av andra nödvändiga insatser. För att komma till rätta med detta problem inom ramen för ett delat huvudmannaskap för missbruks- och beroendevården måste huvudmännens respektive ansvar för behandling tydliggöras. I detta sammanhang ska det dock noteras att otydligheten inte gäller all behandling. Den specialiserade sjukvården är ett tydligt ansvar för landstinget. Även farmakologisk behandling, till exempel substitutionsbehandling vid opiatberoende (LARO), är en tydlig uppgift för landstinget i den del som rör medicineringen. Däremot är det inte självklart att landstinget ska anordna den psykosociala delen i LARO-programmen. Den del i ansvaret för behandling som måste tydliggöras gäller således i första hand de två huvudmännens ansvar för insatser utan tydlig koppling till läkares medverkan. Metodmässigt står psykologiska och psykosociala metoder i fokus eftersom de används både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En tydligare reglering av ansvaret för behandling bör främja ett likvärdigt grundutbud i hela landet, och göra det lättare att veta var man ska vända sig för behandling. Missbruksutredningen anser att huvudregeln bör vara att kommunen ansvarar för psykosocial behandling och landstinget för medicinsk behandling. Men även med en tydligare lagreglering av behandlingsansvaret

skulle det finnas situationer där de två typerna av behandling måste integreras. Ett delat ansvar för behandling kommer sålunda alltid att medföra ett visst mått av otydlighet som huvudmännen måste avhjälpa genom regionala och lokala avtal och överenskommelser.

Socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning (social inclusion) bör vara ett ansvar för kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten. Detta gäller även i dag. Det är givetvis viktigt att behandlings- och stödinsatser koordineras för att på bästa sätt möta individens behov. Utredningen ser emellertid inga skäl som skulle motivera att socialt stöd för personer med missbruk eller beroende skulle hanteras i en annan ordning än för andra personer i behov av socialt stöd. Tvärtom skulle ett särskiljande av dessa funktioner för personer med missbruk eller beroende kunna ha en stigmatiserande effekt.

Utredning, bedömning, planering och uppföljning bör vara ett delat ansvar för kommunen och landstinget. Problemanalysen visar att huvudmännens parallella ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning kan drabba de individer som är i behov av vård och stöd från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom bristfällig helhetssyn och samordning av insatser. Utifrån ett brukarperspektiv kan det också upplevas frustrerande att genomgå upprepade utredningar av olika huvudmän för samma problem. I detta sammanhang är det dock viktigt att notera att det är långt ifrån alla personer med missbruk eller beroende som har behov av insatser från båda huvudmännen. En särskilt utsatt grupp är personer med samsjuklighet. Utredningens utgångspunkt är att utredning, bedömning, planering och uppföljning helst ska utgöra en röd tråd som länkar ihop vårdkedjans olika delar till en helhet. För att åstadkomma detta fullt ut krävs en funktion för samlad, tvärprofessionell utredning och bedömning. En sådan tvärprofessionell bedömning måste omfatta såväl sociala, psykologiska som medicinska ställningstaganden. Utredningens kartläggningar, likväl som andra uppföljningar på området, antyder att en del av de personer som är aktuella för insatser på missbruksområdet under årtal har cirkulerat mellan öppenvårdsinsatser, behandlingshem av olika karaktär, sjukhusvistelser, fängelsevistelser, etc. Genom förbättrad uppföljning kan erfarenheterna från gjorda insatser tas till vara i planeringen av nya insatser och därigenom cirkelrörelser minimeras.

I en ansvarsordning med delat huvudmannaskap begränsas emellertid möjligheterna till att skapa en sammanhållen funktion

för utredning, bedömning, planering och uppföljning eftersom det handlar om att två självständiga huvudmän med beskattningsrätt och egna politiska ledningar och olika grundläggande lagstiftningar samt sekretess sinsemellan. Redan i dag finns i lagstiftningen krav på och möjligheter till samverkan, till exempel krav på gemensam vårdplanering och möjlighet till att inrätta en för landstinget och kommunen gemensam nämnd.⁷ Dessutom finns andra uppmaningar och allmänna råd som går i samma riktning. Inom närliggande områden finns dessutom exempel på funktioner för gemensam utredning, bedömning, planering och uppföljning med giltighet för olika självständiga huvudmäns insatser. Staten, genom länsstyrelserna, hade tidigare funktionen att anmäla personer för vård enligt LVM, vilken bekostas av kommunen som huvudman för socialtjänsten. Ett annat mindre långtgående exempel på samordning av bedömning och därtill kopplade uppgifter över huvudmannaskapsgränserna är bestämmelsen i LPT som säger att chefsöverläkaren ska undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt det är möjligt ska detta ske i samråd med patienten (16 § LPT). Detta innebär i praktiken att socialtjänsten måste medverka i planeringen, till exempel när det gäller boendelösningar, för att en fullständig ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård ska kunna lämnas in till länsrätten. Utredningen måste likväl konstatera att en samlad, tvärprofessionell utredning och bedömning hittills har varit mycket svår att få till stånd inom missbruksområdet. Det närmaste är exemplen på samlokalisering och viss integrering av verksamheter (exempelvis så kallade dubbeldiagnosteam) inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Utöver förtydligandet av huvudmännens respektive ansvar bör individens ställning stärkas genom utökade sanktionsmöjligheter gentemot kommunen vid försenad eller utebliven insats. Om kommunen inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd med stöd av 4 kap. 1 § SoL som någon är berättigad till enligt ett beslut av socialnämnden eller domstol ska kommunen åläggas att betala en särskild avgift (16 kap. 61 § SoL). Vissa av socialtjänstens insatser för personer med missbruk eller beroende ges dock idag utan biståndsbedömning, till exempel alkohol- och drogrådgivning. Dessa beslut kan inte prövas av domstol och kommunen kan inte åläggas att betala avgift. För att stärka individens ställning bör

⁷ Se till exempel Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, samt de från 1 januari 2010 gällande ändringarna i HSL respektive SoL.

därför även rådgivningsinsatser omfattas av kravet på biståndsbedömning. Att införa en motsvarande möjlighet inom hälso- och sjukvården skulle kräva en grundläggande omarbetning av HSL, varför utredningen inte aktualiserar detta alternativ.

Tänkbara för- och nackdelar med modellen

Modellen skulle lösa några av de ansvarsrelaterade problem som utredningen identifierat. Den bygger i allt väsentligt vidare på den så kallade normaliseringsprincipen och avser endast att med generell reglering gripa in där principen inte hittat harmoniska tillämpningar i hela landet. Den skulle tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för tillnyktring, och därigenom förbättra tillgången till tillnyktring med adekvat medicinsk kompetens i hela landet. Den skulle tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för abstinensvård även inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM, och därigenom främja berörda klienters patientsäkerhet och tillgång till hälso- och sjukvård. Den skulle i viss mån även kunna tydliggöra huvudmännens ansvar för behandling, och därigenom främja ett likvärdigt grundutbud i hela landet och underlätta för den som är i behov av vård och behandling att veta vart hon eller han ska vända sig. Den skulle tydliggöra socialtjänstens ansvar för psykosocialt stöd. Till fördelarna med denna ansvarsmodell kan också räknas att omställningskostnader och verksamhetsstörningar som uppstår vid större ansvarsreformer, till exempel vid ett förändrat huvudmannaskap för missbruks- och beroendevården i enlighet med Modell 2 eller 3, kan undvikas. Modellen bör även harmoniera med merparten av de försök till samverkanslösningar som i dag finns eller håller på att utvecklas på olika håll i landet, bland annat med processtöd från projektet *Från kunskap till praktik*.

Likväl är en svaghet med modellen att den inte kan lösa problemet med två huvudmän med parallella ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning eftersom modellen inte inrymmer en samlad, tvärprofessionell gemensam funktion för detta. Med två självständiga huvudmän har koordinering av medicinska, psykosociala och sociala insatser vid en given tidpunkt eller över tid i en sammanhängande vårdkedja visat sig vara svårt att åstadkomma. Den stora gruppen personer med samsjuklighet är särskilt utsatt. Att olika huvudmän ansvarar för olika länkar i vårdkedjan medför också en risk för att de observerade problemen med

bristande samverkan i vårdkedjan mellan huvudmännen förblir olösta, till exempel att huvudmännen tillämpar så kallade avvärjningsstrategier med exkluderande effekter för individerna i behov av vård och stöd. Detta gäller också ett tydliggjort men fortsatt delat ansvar för behandling, vilket kommer att kräva att huvudmännen genom överenskommelser och avtal reglerar den regionala och lokala rollfördelningen i detalj. Även metodutveckling och anammande av nya metoder och tillvägagångssätt riskerar att ske i otakt inom de två huvudmännens ansvarsområden. De befintliga kraven på, och möjligheterna till, samverkan bedömer utredningen inte vara tillräckliga för att lösa de grundläggande ansvarsproblemen och deras negativa konsekvenser för individen. Tillgängligheten till insatser i situationer när någon är motiverad till behandling förstärks inte direkt i denna modell.

Modellen stärker till viss del också individens ställning genom att införa en utökad sanktionsmöjlighet gentemot kommunen vid försenad eller utebliven insats. Detta markerar även behovet av att lyfta fram brukaren inom missbruksområdet. En nackdel med modellen är att sanktionsmöjligheten endast gäller socialtjänstens insatser. Orsaken till detta är att SoL som rättighetslag till skillnad från HSL som skyldighetslag innebär vissa utkrävbara rättigheter för individen. En annan nackdel är att möjligheten att vid försenad eller utebliven insats i efterhand ålägga kommunen att betala en särskild avgift är av begränsat värde för individen eftersom skadan då redan är skedd. På missbruksområdet måste också insatser snabbt komma tillstånd för att ta vara på individens motivation. Möjligheten till sanktioner kan närmast ses som ett sätt att utveckla vården och stödet genom en rättspraxis som innebär ökade krav på kommunen som huvudman.

4.3.2 Modell 1b: Vårdgaranti

Utredningens bedömning: Det bör, utöver ett tydliggörande av ansvaret för centrala delar i vårdkedjan (Modell 1a), införas en vårdgaranti som ger individen rätt till utredning och bedömning och att efter bedömning erhålla insatser inom en viss given tid, samt om huvudmannen inte uppfyller sina skyldigheter, rätt att fritt, i hela landet, välja utförare av behandlingen med bibehållet finansieringsansvar för hemlandstinget eller hemkommunen.

Motiv för modellen

Det är av central betydelse att ta tillvara individens motivation för att effektivt hantera missbruk och beroende. Missbruk och beroende är ofta långvariga tillstånd och individens motivation att ta itu med problemet tenderar att växla påtagligt över tid. Tillgänglighet till adekvat insats vid rätt tidpunkt är sålunda en viktig förutsättning för en effektiv vård och behandling. Utredningens problemanalys visar att flera av de identifierade problemen med dagens ansvarsordning med delat huvudmannaskap har negativa konsekvenser i form av begränsad eller försenad tillgänglighet. Otydligt ansvar för centrala delar i vårdkedjan kan i värsta fall leda till att insatser över huvud taget inte erbjuds på grund av att huvudmännen inte kan enas om vem som ska finansiera insatsen. Att olika huvudmän ansvarar för olika länkar i vårdkedjan kan också leda till att individer i behov av vård nekas tillgång. Det kan till exempel ske i situationer när nykterhet definieras som ett krav för abstinensvård men tillnyktringsverksamhet saknas, eller när abstinensfrihet definieras som ett krav för efterföljande behandling, men när abstinenssymtom kvarstår efter avslutad abstinensvård. Utöver att tydliggöra ansvaret för olika centrala länkar i vårdkedjan kan det inom ramen för en ordning med delat ansvar vara motiverat att stärka individens ställning när det gäller rätten till vård och stöd i form av en vårdgaranti som garanterar individen utredning och bedömning inom en viss given tid. Denna rätt till utredning och bedömning inom en viss tid kombineras med en rätt för individen att fritt, i hela landet, välja utförare av den vård och behandling som bedömts lämplig och som oavsett val av utförare ska finansieras av hemkommunen eller hemlandstinget. Den innebär en vidareutveckling av den vårdgaranti som idag gäller inom hälso- och sjukvården. En förebild för denna modell återfinns bland annat i Danmark. (Se beskrivning av det danska systemet i anslutning till Modell 2 nedan.)

Modellens innebörd

Vårdgarantin bör innebära att personer med missbruk eller beroende har rätt till insatser inom en given tid från det att socialtjänsten eller hälso- och sjukvården uppmärksammas om att ett behov av insatser kan föreligga. I ett första steg bör garantin innebära en

rätt till utredning och bedömning. För att tillvarata individens motivation, vilken tenderar att växla påtagligt över tid, är det viktigt att tidsgränsen sätts relativt snävt. I Danmark är den 14 dagar, vilket utredningen utifrån inhämtade danska erfarenheter preliminärt bedömer kan vara en realistisk tidsgräns även i Sverige. Vårdgarantin bör i denna del gälla båda huvudmännen. Den ska gälla oberoende av vilken huvudman som individen tar kontakt med eller som tar initiativ till insatser. I ett andra steg bör garantin, utifrån bedömt vårdbehov, innebära en rätt till behandling inom en viss tid. Detta ställer krav på en tydligt ansvar för och en tydlig kategorisering av behandling, till exempel att landstinget ska erbjuda abstinensvård och kommunen behandlingshem. Det är rimligt att tidsgränserna är olika för olika behandlingskategorier. Om huvudmännen inte uppfyller garantin bör individen fritt, i hela landet, kunna välja leverantör av behandling. Kostnaderna för utredning och bedömning respektive behandling ska belasta hemlandstinget respektive hemkommunen inom ramen för vad som är ekonomiskt skäligt. Bedömning av vad som är skäligt skulle till exempel kunna utgå från av SKL angivna genomsnittskostnader för motsvarande insatser hos huvudmännen.

Inom hälso- och sjukvården finns ännu ingen lagreglering om vilka väntetider som kan anses förenliga med kravet på god vård. Regeringen och SKL har träffat frivilliga överenskommelser om längsta godtagbara väntetider, så kallade vårdgarantier. Regeringen har föreslagit att den nationella vårdgarantin ska regleras i lag från och med den 1 juli 2010 (prop. 2009/10:67). Förslaget innebär att vårdgarantin ska innehålla tidsgränser för att få kontakt med primärvården, en besöksgaranti i primärvården och i den specialiserade vården samt att få tillgång till den av läkaren bedömda lämpliga planerade vården. Landstinget ska se till att patienten utan extra kostnad för honom eller henne kan få vård hos annan vårdgivare om tidsgränserna inte uppfylls. Ohälsotillstånd kopplade till missbruk eller beroende ingår, på samma sätt som andra sjukdomstillstånd, i vårdgarantin. Vilka åtgärder som efter bedömning kan anses bli garanterade följer i dagens ordning av vilka insatser som den lokala sjukvårdshuvudmannen anser ligger inom sitt ansvar. Den föreslagna vårdgarantin möter dock inte alla behov på missbruksområdet. För personer med missbruk eller beroende krävs ofta snabbare tillgång till exempelvis abstinensvård än vad vårdgarantin ger.

Inom socialtjänstens område finns inga reglerade vård- eller behandlingsgarantier utöver bestämmelserna om bistånd. Enligt SoL ska socialnämnden utan dröjsmål inleda utredning om vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Om kommunen inte inom skälig tid tillhandhåller bistånd som någon är berättigad till enligt ett beslut av socialnämnden eller domstol, ska kommunen åläggas att betala en särskild avgift.

Införandet av en vårdgaranti inom ramen för en ordning med ett delat huvudmannaskap kräver två parallella garantier, en för hälso- och sjukvården och en för socialtjänsten. Enklast utformas en vårdgaranti om hela missbruks- och beroendevården regleras i en särskild missbrukslagstiftning, men det är inte en nödvändig förutsättning.

Tänkbara för- och nackdelar med modellen

Fördelarna med Modell 1b är att den, i likhet med Modell 1a, löser flera av de problem för individen som är förenade med nuvarande ansvarsfördelning. Utöver detta stärker den individens ställning och förbättrar tillgängligheten till vård och behandling genom en vårdgaranti som ger rätt till utredning och bedömning samt till behandling inom en given tid. Idémässigt ansluter den till systemet med vårdgarantier, som föreslagits gälla inom hälso- och sjukvården från den 1 juli 2010. De tidsgränser inom hälso- och sjukvården som varit aktuella i hittillsvarande överenskommelser och förslag är dock i många fall alltför långa för personer med missbruk eller beroende. Dessa tillstånd kan innebära akuta risker och individens motivation för att bryta ett missbruk eller beroende tenderar att variera kraftigt. Av dessa skäl, samt att avsikten är att förutom hälso- och sjukvårdsinsatser även inkludera socialtjänstinsatser, har utredningen inspirerats av den danska behandlingsgarantin inom missbruksområdet.

Till modellens nackdelar hör att denna typ av vårdgarantier i praktiken är anpassade för personer med stark motivation och önskan att komma i åtnjutande av vård och behandling. Möjligheten att söka behandling på annan ort, utom eller inom kommunen eller landstinget, riskerar att begränsa personkretsen. Till viss del skulle kretsen kunna utvidgas genom ett system med ombud som företräder brukaren. I många fall är dock direkt, lokal tillgång

förmodligen den viktigaste egenskapen hos god vård. Motivationsarbete och förhandling mellan professionella och den enskilde om att genomgå behandling ryms svårligen inom ramen för en vårdgaranti. Ett gott, professionellt bemötande, vilket ofta lyfts fram i utredningens kontakter med brukare, kan inte heller med självklarhet framtvingas med hjälp av vårdgarantier. Modellen stärker inte heller direkt samordningen av medicinska, psykosociala och sociala insatser, till exempel för personer med samsjuklighet.

4.3.3 Modell 2: Kommunen huvudansvarig

Utredningens bedömning: Huvudmannaskapet för missbruks- och beroendevården bör samlas hos kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten.

Kommunen bör ha ansvaret för tillnyktring, abstinensvård och behandling, socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning, samt utredning, bedömning, planering och uppföljning.

Landstinget bör ha ansvar för abstinensvård i slutenvård samt inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM.

Kommunen och landstinget bör ha ett parallellt och gemensamt ansvar för upptäckt och tidig intervention.

Huvudmännens ansvar bör tydliggöras genom reglering inom ramen för HSL och SoL, alternativt genom införandet av en särskild missbrukslagstiftning som kompletterar ramlagarna HSL och SoL.

Motiv för modellen

Utredningens problemanalys visar att dagens delade huvudmannaskap för missbruks- och beroendevården leder till försämrade samordning av, och kontinuitet i vården och stödet. Tillgången och tillgängligheten varierar också betydligt mellan olika delar av landet och är inte sällan otillräcklig, men är inte lika tydligt kopplad till ansvarsproblem. Modell 1 löser några av ansvarsproblemen, men inte problemet med huvudmännens delade ansvar för behandling eftersom inte en huvudman har ett samlat ansvar för behandling. Den löser inte heller problemet med huvudmännens parallella ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning efter-

som Modell 1 inte inrymmer en samlad, tvärprofessionell funktion för gemensam bedömning av sociala, psykosociala och medicinska insatser. Det finns därför anledning att pröva förutsättningarna för att tydligare samla huvudansvaret för missbruks- och beroendevården hos en huvudman, det vill säga endera kommunen eller landstinget. I detta sammanhang är det intressant att notera att både Norge och Danmark, som tidigare i likhet med Sverige haft delat huvudmannaskap, nyligen genomfört reformer som förflyttat och tydliggjort ansvaret för respektive huvudman. I Danmark har huvudmannaskapet samlats hos kommunen (se nedan). I Norge har ansvaret för behandling och heldygnsvård samlats hos sjukvårdshuvudmannen (jfr Modell 3).

Missbruk är problem som ibland definieras med hänvisning till sociala konsekvenser. Det är ofta en kombination av sociala och medicinska konsekvenser som leder till insatser från samhällets sida. Detta talar för att en huvudman har ett samlat ansvar för vård- och stödinsatserna inom missbruksområdet. Utvecklingen inom missbruks- och beroendevården har gått i riktning mot en mer evidensbaserad vård och behandling. Detta gäller både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Även om de medicinska inslagen har ökat, är de psykosociala och sociala inslagen på missbruksområdet omfattande. På flera centrala områden saknas i dag ännu etablerade specifika evidensbaserade medicinska behandlingar. En stor del av insatserna på missbruksområdet är även av generellt stödjande, motiverande och kartläggande karaktär som syftar till att skapa en bärande relation och allians med individen, och kan därmed inte hänföras till någon särskild metod. Missbruk och beroende är i vissa fall långa förlopp som kan kräva en mängd sociala, psykosociala och medicinska insatser under lång tid. Det är också viktigt att beakta den sociala situationen som helhet, till exempel barn och andra närstående. För att hantera dessa problem krävs en långsiktighet och helhetssyn, som bäst kan hanteras inom ramen för socialtjänstens verksamhet och kommunens yttersta ansvar. Majoriteten av de professionella inom missbruksområdet återfinns inom kommunal verksamhet och har någon form av social grundutbildning, till exempel till socionom.

Modellens innebörd

Modellen innebär att ansvaret för missbruks- och beroendevården samlas hos kommunen. Kommunen har enligt modellen ansvar för tillnyktring, viss abstinensvård (öppen vård), behandling, socialt stöd samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. Landstinget har ansvar för viss abstinensvård (sluten vård samt inom kriminalvården och tvångsvård enligt LVM). Både kommunen och landstinget har ett ansvar för upptäckt och tidig intervention.

Kommunen	Landstinget
Upptäckt och tidig intervention	Upptäckt och tidig intervention
Tillnyktring	
Abstinensvård i öppen vård	Abstinensvård i sluten vård samt inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM
Psykosocial och medicinsk behandling	
Socialt stöd	
Boende, sysselsättning, försörjning	
Leda gemensam utredning, bedömning, planering, uppföljning	Delta i gemensam utredning, bedömning, planering, uppföljning

Upptäckt och tidig intervention bör, av samma skäl som anförts i Modell 1, vara ett ansvar både för kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.

Tillnyktring bör vara ett ansvar för kommunen. Utredningens problemanalys visar att det råder brist på tillnyktringsverksamhet med adekvat medicinsk kompetens. Detta kan ses som ett argument för att tillnyktring bör vara ett ansvar för landstinget. Behovet av medicinsk kompetens ska dock inte överdrivas. I de allra flesta fall kan behovet tillgodoses genom kompetens på sjuksköterskenivå. Inom ramen för kommunens verksamhet kan detta ordnas, till exempel enligt den modell som finns inom särskilda boenden och vid hemsjukvård, med medicinskt ansvarig sjuksköterska.⁸ För kommunen som huvudman talar även att det finns en nära koppling mellan tillnyktringsverksamhet och socialtjänstens

⁸ Inom ramen för nuvarande lagstiftning förutsätter detta en förändring av 18 § HSL som utvidgar kommunens hälso- och sjukvårdsuppdrag till att även omfatta tillnyktring.

övriga uppgifter. I dag har socialtjänsten ansvar för att förebygga och motverka missbruk. Många som genomgår tillnyktring har etablerade missbruks- eller beroendeproblem, inte sällan med associerade sociala problem. Med kommunen som huvudman läggs dessutom grunden för en effektiv övergång från tillnyktring till såväl efterföljande behandling som socialt stöd. De som kan komma ifråga för tillnyktring och befinner sig i riskzonen att utveckla missbruk eller beroende, vanligen ungdomar, är en viktig grupp för socialtjänstens drogpreventiva arbete. Ytterligare ett skäl som talar för kommunen som huvudman är att denna lösning bör främja ett mer finmaskigt nät av tillnyktringsverksamheter jämfört med om ansvaret skulle ligga hos landstingen på regional nivå. Närhet är viktigt eftersom långa transporttiderna hotar den medicinska patientsäkerheten. Mot detta kan invändas att flertalet kommuner har ett allt för begränsat befolkningsunderlag för att bära en särskild tillnyktringsverksamhet. Detta bör dock kunna hanteras genom att kommuner samverkar, vilket redan i dag sker kring tillnyktring (jfr även resonemang om kommunal samverkan nedan). Det finns sålunda skäl som kan motivera ett kommunalt ansvar för tillnyktring. Detta ansvar bör omfatta såväl påverkade personer som frivilligt söker eller accepterar ett erbjudande om tillnyktring som personer som omhändertagits enligt LOB. För våldsamma eller hotfulla personer som måste förvaras i arrest bör kommunen även ha ansvar för att, utifrån lokala förutsättningar, tillhandahålla medicinsk bedömning samt för att vid behov slussa vidare till hälso- och sjukvård.

Abstinensvård bör vara ett ansvar för både kommunen och landstinget. I dag har abstinensvården normalt medicinska inslag och den utförs vanligen av landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Men viss abstinensvård bedrivs även av Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse samt privata vårdgivare, till exempel behandlingshem. Kommunens ansvar för att erbjuda och finansiera abstinensvård bör i första hand omfatta abstinensbehandling i öppen vård. Kommunen kan via avtal med landstinget eller privat vårdgivare tillförsäkra sig nödvändig läkarbemanning. När det gäller abstinensvård i slutenvård bör det alltså vara ett ansvar för landstinget. Hur gränsen mellan abstinensbehandling i öppen och slutenvård dras bör avtalas om i varje landstingsområde. Primärt ansvar för abstinensvård (öppen vård) har kommunen. Kommunens ansvar för abstinensvård bör dock inte omfatta klienter inom kriminalvården och tvångsvården enligt

LVM. För dessa klienter bör i stället vistelselandstinget ha ansvaret (jfr Modell 1).

Behandling och stöd bör vara ett ansvar för kommunen. Behandling utförs i dag av både kommunen och landstinget. På vissa håll står kommunen och på vissa håll landstinget för en stor del av insatserna. Utredningens problemanalys visar att det delade ansvaret för behandling har negativa konsekvenser i form av att det totala utbudet av behandling kan begränsas som en följd av att huvudmännen inte kommer överens om vem som ska erbjuda och finansiera en viss verksamhet. Det kan även vara svårt för individen i behov av vård att veta till vilken huvudman som individen ska vända sig för en viss insats. Vidare kan behandlingens effekt och effektivitet urholkas genom att huvudmännen inte kommer överens om hur deras olika insatser ska koordineras i en sammanhängande vårdkedja utgående från individens behov (jfr Modell 1). Dessa negativa konsekvenser kan undvikas om en huvudman har ett samlat ansvar för behandling och stöd.

Utredning, bedömning, planering och uppföljning bör vara ett ansvar för kommunen. Av utredningens problemanalys framgår hur väsentligt det är med en samlad bedömnings- och utredningsfunktion med integrerad uppgift att planera och följa upp insatser. Genom att samla de olika funktionerna i vårdkedjan hos en huvudman underlättas inrättandet av en funktion för samlad, tvärprofessionell bedömning. Den grundläggande logiken är att den huvudman som har ansvar för att erbjuda och finansiera de centrala funktionerna i vårdkedjan också ska ha ansvaret för utredning, bedömning, planering och uppföljning av behov och insatser. Kommunen får genom egen personal eller avtal med annan huvudman tillgodose behovet av den kompetens för att utreda och bedöma behoven, som i dag inte finns inom kommunens kompetensområden, till exempel diagnostisk bedömning, neuropsykiatrisk utredning, etc. En fördel utifrån ett individperspektiv med socialtjänsten som ansvarig är att SoL till skillnad från HSL medför vissa rättigheter för individen. Om funktionen för samlad, tvärprofessionell bedömning regleras genom SoL har individen möjlighet att begära prövning av rätten till insats.

För att motverka att befolkningsmässigt små kommuner drabbas av stora kostnadsvariationer mellan olika år samt att underlätta för dem att bära kostnader för bland annat tillnyktringsverksamhet och abstinensvård vill utredningen peka på möjligheten att mindre kommuner bildar kommunalförbund. Denna typ av förbund finns

bland annat för räddningstjänst och gymnasieskola, men inom välfärdsområdet har de ännu inte fått något större genomslag. Fördjupad kommunal samverkan framstår som en förutsättning för ett kommunalt huvudmannaskap för missbruks- och beroendevården.

Tänkbara för- och nackdelar med modellen

De identifierade ansvarsproblemen kan inte lösas fullt ut genom att endast tydliggöra respektive huvudmans ansvar inom ramen för nuvarande ordning med delat huvudmannaskap. För att lösa problemen krävs att ansvaret samlas hos en huvudman, lämpligen kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten. En fördel med att samla ansvaret för de centrala funktionerna i vårdkedjan hos en huvudman är att det skapas bättre förutsättningar för en sömlös övergång mellan tillnyktring, abstinensvård och behandling och stöd. Därigenom underlättas individens tillgänglighet till vård och stöd, vilken i dag begränsas av att huvudmännen kan ha delade meningar om vem som ansvarar för vissa uppgifter och var gränsen mellan olika huvudmäns ansvar ska dras. En annan fördel är att en samlad, tvärprofessionell funktion för utredning, bedömning, planering och uppföljning möjliggörs. Därigenom främjas helhetsyn, koordination och kontinuitet och i förlängningen effekt och effektivitet i vården och stödet. Ytterligare en fördel med ett samlat huvudmannaskap är att detta skulle underlätta ett införande av särskilda mekanismer för att stärka individens ställning och förbättra tillgängligheten, till exempel motsvarande vårdgaranti i Modell 1. Kommunen som huvudansvarig gör det även möjligt att integrera det förebyggande, uppsökande och motiverande uppgifterna med de behandlande och återfallspreventiva uppgifterna inom missbruksområdet.

Det finns även nackdelar med att samla huvudmannaskapet hos kommunen. En nackdel är att normaliseringsprincipen inte respekteras. Ur ett förvaltningsperspektiv uppstår en viss undantagsituation, som inte är unik, men som bryter grundmönstret inom svensk välfärdssektor, genom att ansvaret för hälso- och sjukvård över sjuksköterskas nivå tilldelas kommunen. Det finns ett spänningsförhållande mellan att de medicinska inslagen i missbruks- och beroendevården ökar samtidigt som kommunens ansvar för hälso- och sjukvård i dag normalt begränsas av uppgifter upp till

och med sjuksköterskas nivå. Undantag från denna ordning finns dock till exempel inom skolhälsovården med skolläkare anställda av kommunen. En annan nackdel är att problemet med bristande samordning av medicinska och sociala vård- och stödinsatser riskerar att kvarstå. Personer med samsjuklighet tillhör dem som skulle kunna drabbas mest. Även om kommunen har ett samlat ansvar för missbruks- och beroendevården, kommer personer med missbruk eller beroende likväl att återfinnas inom landstingets verksamhet, till exempel kommer de att söka vård på akutmottagningar och vårdcentraler för problem relaterade till både akut påverkan och långsiktiga effekter av olämpligt bruk. Att dra gränsen för vad landstinget enligt denna modell bör utföra till exempel i form av att bereda psykiskt sjuka personer med beroendediagnos heldygnsvård, är en grannliga uppgift. En tredje nackdel är att små kommuner kommer att ha ett otillräckligt befolkningsunderlag för att bygga upp specialiserad vård och behandling. För att hantera detta måste kommunerna samarbeta för att förse medborgarna med likvärdig service över hela landet, lämpligen i form av ovan nämnda gemensamma nämnder och kommunalförbund. Sådana samarbeten är lagligt möjliga, men fortfarande relativt ovanliga på missbruksområdet.

I Danmark har en reform nyligen genomförts som samlade ansvaret för missbruks- och beroendevården hos kommunerna. De danska förhållandena beskrivs kortfattat nedan.

Danmark

Den region- och kommunreform, som trädde i kraft i januari 2007, innebar att de tidigare 271 kommunerna slogs samman till 98 och att de tidigare 14 amten ersattes av fem storregioner. Staten lägger fast de överordnade ramarna, medan kommunerna ska tillgodose invånarnas behov inom ett flertal områden. Regionerna har ansvar för sjukhusområden. Kommunerna har ett samlat ansvar för all typ av rehabilitering så snart medborgaren inte är inlagd på sjukhus. Vård och stöd vid alkohol- och drogmissbruk, tandvård för psykiskt sjuka, socialpsykiatri och hemsjukvård är exempel på sådana uppgifter som är kommunens ansvar efter reformen. Reformen innebar även att kommunerna övertog viss missbruks- och beroendevård från de tidigare amten. Abstinensvård på sjukhus är kostnadsfri för kommunerna, men de ska betala eftervård

(dygnsvård) på två till tre månader, vilken ofta ges vid privata institutioner (behandlingshem). I samband med reformen ifrågasattes om ansvaret för narkomanvården skulle vara kommunalt. En uppfattning bland professionella är att det borde vara ett ansvar för sjukvårdshuvudmännen på regional nivå. Det har även noterats att små kommuner har svårt att möta särskilda behandlingsbehov hos personer med främst narkotikaberoende.

I Danmark finns en behandlingsgaranti på 14 dagar, vilken främst är en väntetidsgaranti. Kommunen bedömer behandlingsbehovet enligt lagen om social service. Klienten har rätt att fritt välja utförare av behandlingen. Detta även om den valda behandlingen är dyrare än den kommunen anvisat. Grunden för val av behandling är dock kommunens bedömning av individens behov. Bakgrunden till införandet av garantin var att väntetiderna varierade oacceptabelt mycket mellan olika delar av landet. Det är inte reglerat vad garantin ska innehålla i detalj. En kommun kan under nuvarande ordning anses uppfylla garantin genom att ha erbjudit personen ett samtal med en socialsekreterare, utan andra åtgärder. Detta har föranlett en debatt om att garantins innehåll bör regleras.

4.3.4 Modell 3: Landstinget huvudansvarigt

Utredningens bedömning: Huvudmannaskapet för missbruks- och beroendevården bör samlas hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.

Landstinget bör ha ansvaret för tillnyktring, abstinensvård och behandling samt utredning, bedömning, planering och uppföljning.

Kommunen bör i egenskap av huvudman för socialtjänsten ansvara för sociala insatser i form av boende, sysselsättning och försörjning.

Landstinget och kommunen bör ha ett parallellt och gemensamt ansvar för upptäckt och tidig intervention.

Huvudmännens ansvar bör tydliggöras genom reglering inom ramen för HSL och SoL alternativt i en särskild missbrukslagstiftning som kompletterar ramlagarna HSL och SoL.

Motiv för modellen

Utredningens problemanalys visar att dagens delade huvudmannaskap för missbruks- och beroendevården leder till försämrade samordning av, och kontinuitet i vården och stödet. Tillgången och tillgängligheten varierar också betydligt mellan olika delar av landet och är inte sällan otillräcklig, men är inte lika tydligt kopplad till ansvarsproblem. Modell 1 löser några av ansvarsproblemen, men inte problemet med huvudmannens delade ansvar för behandling eftersom inte en huvudman har ett samlat ansvar för behandling. Den löser inte heller problemet med huvudmannens parallella ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning eftersom Modell 1 inte inrymmer en samlad, tvärprofessionell funktion för gemensam bedömning av sociala, psykosociala och medicinska insatser. Det finns därför anledning att tydligare samla huvudansvaret för missbruks- och beroendevården hos en huvudman.

Missbruk och beroende har i allt högre grad kommit att definieras som sjukdomstillstånd, i enlighet med internationellt och nationellt accepterade diagnossystem, som bör behandlas med medicinska insatser, inklusive psykologiska och psykosociala insatser. Detta utesluter inte att missbruk och beroende i många fall har allvarliga sociala konsekvenser, och att en social etiologi kan finnas. Det finns dock många personer med missbruk eller beroende som inte har någon uttalad social problematik och de är i första hand i behov av medicinska insatser av olika slag, men inte socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning. I linje med detta har missbruks- och beroendevården blivit mer medicinskt inriktad. Till exempel har de medicinska inslagen i abstinensvården ökat och läkemedelsbehandling av olika beroendetillstånd blivit allt vanligare. Det ökade medicinska inflytandet avspeglas också i en starkare betoning av att de metoder som används ska vara evidensbaserade. I många fall har personer med missbruk eller beroende också behov av andra, koordinerade medicinska insatser, till exempel till följd av somatisk eller psykiatrisk samsjuklighet. Mellan 30 och 60 procent av dem som söker vård för missbruk eller beroende har samtidigt behov av psykiatrisk bedömning. Många personer har också samtidiga somatiska följdproblem av missbruket eller beroendet.

Modellens innebörd

Modellen innebär att ansvaret för missbruks- och beroendevården samlas hos landstinget. Landstinget har enligt modellen ansvar för tillnyktring, abstinensvård och behandling samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. Kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten har ansvar för socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning (social inclusion). De två huvudmännen har ett parallellt och gemensamt ansvar för upptäckt och tidig intervention.

Kommunen	Landstinget
Upptäckt och tidig intervention	Upptäckt och tidig intervention
	Tillnyktring
	Abstinensvård
	Behandling
Socialt stöd Boende, sysselsättning, försörjning	
Delta i gemensam utredning, bedömning, planering, uppföljning	Leda gemensam utredning, bedömning, planering, uppföljning

Upptäckt och tidig intervention bör, av samma skäl som anförts i Modell 1, vara ett ansvar både för landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården och kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten.

Tillnyktring bör vara ett ansvar för landstinget (jfr Modell 1). Utredningens problemanalys visar att det råder brist på tillnyktringsverksamhet med adekvat medicinsk kompetens. Inom hälso- och sjukvården finns den medicinska kompetens som krävs för adekvat medicinsk bedömning och möjlighet att hänvisa vidare till specialiserad vård och akutsjukvård. Kostnadseffektivitet är ett annat skäl eftersom det oftast endast på regional nivå finns ett tillräckligt befolkningsunderlag för att motivera adekvat bemanning och möjliggöra effektiv drift. I detta sammanhang bör också noteras att sjukhusen i princip är de enda vårdinrättningar som är öppna för besök dygnet runt. Genom att integrera tillnyktring med annan sjukhusverksamhet, främjas en effektiv resursanvändning. Det finns sålunda starka skäl som talar för att landstinget bör ha ansvaret för att erbjuda och finansiera tillnyktring.

Abstinensvård bör vara ett ansvar för landstinget (jfr Modell 1). Normalt har abstinensvård tydliga medicinska inslag. Detta gäller i synnerhet komplicerad abstinensvård som bedrivs i slutenvård. I linje med detta utför landstinget helt i egen regi eller i samverkan med kommun eller andra vårdgivare merparten av abstinensvården, dock med undantag för den abstinensvård som Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (och i viss mån vissa privata vårdgivare) bedriver i egen regi. Den abstinensvård som Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse utför i egen regi, motsvarar i första hand den abstinensvård som landstinget ger i öppen vård. Dessa avsteg från ordningen att landstinget har ansvar för abstinensvård kan innebära risker för patientsäkerheten och bryter mot den så kallade normaliseringsprincipen. För att undvika exkluderande effekter som en följd av att olika huvudmän ansvarar för olika länkar i vårdkedjan är det ett mervärde att den huvudman som har ansvaret för abstinensvård även har ansvaret för föregående tillnyktring och efterföljande behandling. Det finns sålunda goda skäl för att landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården har ansvaret för abstinensvård. Dock bör det tydliggöras att landstingets ansvar även ska omfatta finansiering av abstinensvård inom kriminalvården och tvångsvården enligt LVM, genom vistleslandstinget (jfr Modell 1).

Behandling bör vara ett ansvar för landstinget. Utredningens problemanalys visar att dagens delade ansvar för behandling har negativa konsekvenser, bland annat för personer med samsjuklighet. Utbudet av behandling varierar mellan olika delar av landet, och ibland kommer inte huvudmännen överens om vem som ska erbjuda och finansiera behandling. Följden kan bli att en viss behandling över huvudet taget inte erbjuds, till men för individer i behov av behandlingen ifråga. Trenden är att de medicinska inslagen i behandlingen ökar. Merparten av den specialiserade behandlingen utförs i dag av landstinget. Detta anser utredningen talar för att behandling bör vara ett ansvar för landstinget.

Socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning bör, i likhet med Modell 1 och 2, vara ett ansvar för kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten. Utredningen ser, som tidigare nämnts, inga skäl som motiverar att socialt stöd för personer med missbruk eller beroende skulle hanteras i en annan ordning än den som gäller för andra personer.

Utredning, bedömning, planering och uppföljning bör vara ett ansvar för landstinget. Utredningens problemanalys, och resone-

mang i anslutning till Modell 1 och 2, betonar vikten av en sammanhållen utrednings- och bedömningsfunktion som även innefattar ansvaret att planera och följa upp insatser. Den grundläggande logiken är att den huvudman som har ansvaret för att erbjuda och finansiera de centrala funktionerna i vårdkedjan också ska ha ansvaret för utredning, bedömning, planering och uppföljning. I detta sammanhang ska det dock noteras att sociala insatser i form av bostad, sysselsättning och försörjning enligt Modell 3 är ett ansvar för socialtjänsten. Det innebär att det kommer att ske parallella bedömningar som måste koordineras. Jämfört med dagens delade ansvar som även omfattar ett delat ansvar för tillnyktring och behandling bör det dock bli betydligt lättare att koordinera medicinska, psykosociala och sociala insatser om all vård och behandling som riktar sig direkt mot missbruk och beroende är ett ansvar för en huvudman, och det sociala stöd som riktar sig till alla medborgare är ett ansvar för en annan huvudman. I detta sammanhang bör noteras att SoL till skillnad från HSL är en rättighetslagstiftning. Om bedömningsfunktionen regleras genom HSL så innebär det att individen inte har möjlighet att begära domstolsprövning av rätten till en insats. Å andra sidan finns möjligheter för en patient i hälso- och sjukvården eller dennes anhöriga att anmäla och få utrett om man anser sig varit utsatt för olämpligt bemötande, felbehandling eller felbedömning.

Tänkbara för- och nackdelar med modellen

De identifierade ansvarsproblemen kan inte lösas fullt ut genom att endast tydliggöra respektive huvudmans ansvar inom ramen för nuvarande ordning med delat huvudmannaskap (Modell 1). För att lösa problemen krävs att ansvaret samlas hos en huvudman, lämpligen landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Utredningen har identifierat en rad fördelar med en ordning som innebär att samma huvudman har ansvar för hela vårdkedjan (jfr Modell 2). En fördel med att samla ansvaret hos landstinget är att det endast skulle innebära mindre avsteg från normaliseringsprincipen, samtidigt som det skulle leda till förbättrad helhetssyn, tillgänglighet, koordinering och kontinuitet och i förlängningen effekt och effektivitet. En annan tänkbar fördel är att det skulle innebära en anpassning till kunskaps- och metodutvecklingen på området som går i en tydlig riktning mot ökade medicinska inslag. När det

gäller en sammanhållen bedömningsfunktion kan framhållas att landstinget förfogar över flera centrala delar av den kompetens som behövs för att göra en fullständig utredning av ett missbruks- eller beroendeproblem, bland annat neuropsykologisk testning och diagnostik, psykiatrisk diagnostisk bedömning, funktionsnivåbedömning och neuroradiologisk och fysiologisk diagnostik. Hälso- och sjukvårdens resurser för att göra en social bedömning kan behöva förstärkas genom att fler professionella med kompetens inom det sociala området knyts till verksamheterna för bedömning och uppföljning. En tredje fördel är att landstinget jämfört med flertalet kommuner har ett större befolkningsunderlag som ger bättre möjligheter att bära specialiserad vård. Insatserna har också redan i dag en specialiserad karaktär. En fjärde fördel är att personer som lider av samsjuklighet mellan till exempel kroppslig eller psykisk sjukdom och missbruk eller beroende, som i dagens ordning tenderar att falla mellan de två huvudmännens ansvar i princip endast kommer att ha en huvudman att vända sig till för vård och stöd. Det bör främja tillgänglighet genom att eliminera avvärjningsstrategier hos olika huvudmän och främja helhetssyn och kontinuitet genom ett samlat ansvar för vård och stöd. En femte fördel är att det av många förefaller uppfattas som mer legitimt att vända sig till hälso- och sjukvården med missbruk eller beroende, än att vända sig till socialtjänsten.

Nackdelarna med landstinget som huvudansvarigt för missbruks- och beroendevården återfinns inom tre områden. En nackdel är att det trots allt görs vissa avsteg från normaliseringsprincipen. I och med att den samlade bedömningsfunktionen kommer att vara ett landstingsansvar kommer vissa förhållanden som enligt principen faller under socialtjänstens ansvarsområde att bedömas av landstinget. Det kan även uppfattas som att hälso- och sjukvårdens formella ansvar överskrids om landstinget erbjuder till exempel återfallsprevention och uppföljande stöd. En annan nackdel är att det sociala perspektivet kan försvagas. Om synen på missbruk och beroende begränsas till en sjukdom i hjärnan, riskerar insikten om sociala orsaksfaktorer och sociala konsekvenser för den enskilde och närstående att minska. En tredje nackdel är att socialtjänstens uppgift att söka upp och motivera till utredning och behandling kan försvåras, eftersom insatserna för att hantera identifierade problem är ett ansvar för en annan huvudman. Modellen innebär dock inte att landstinget ska bedriva stöd i boende eller bevilja försörjningsstöd.

I Norge överfördes genom en reform nyligen ansvaret för en betydande del av missbruks- och beroendevården, främst heldygnsbehandling, till staten genom sjukhusorganisationen. De norska förhållanden beskrivs kortfattat nedan.

Norge

År 2002 övertog staten ansvaret för den specialiserade sjukvården. Det innebar en övergång från politisk styrning av specialistsjukvården inom fylkena till statlig ägarstyrning via fyra regionala hälsoföretag. Kommunerna har ansvar för socialtjänst, äldreomsorg, barnomsorg och skola. Av Norges 431 kommuner har hälften färre än 5 000 invånare och bara tolv har fler än 50 000. Kommunerna har även ansvar för husläkarsystemet (fastlegeordningen).

Rusreformen från 2004 hanterade främst konsekvenserna för missbruksvården av 2002 års sjukhusreform. Initialt var förslaget att fylkenas missbruksvård skulle delas upp så att institutioner med hälso- och sjukvårdsinriktning skulle föras till hälsoföretagen och de med socialtjänstinriktning skulle föras till kommunerna. Men mot bakgrund av kritik av att en sådan ansvarsfördelning skulle försvåra samverkan och helhetssyn beslutade Stortinget i stället att all verksamhet skulle överföras till de statliga hälsoföretagen som i samband med detta fick ett betydande budgettillskott.

Behandlingen specificeras i fyra nivåer:

- poliklinisk,
- abstinensvård (dygnsbehandling),
- kort institutionsbehandling (<6 månader) och
- lång institutionsbehandling (>6 månader).

Ett nyckelbegrepp i reformen är ”tverrfaglig specialiserad behandling” som innebär att såväl sjukvårds- som socialtjänstinslag ska tas tillvara i behandlingen och att insatserna ska koordineras med annan hälso- och sjukvård inklusive den psykiatriska vården.

Kommunens och socialtjänstens helhetsansvar för missbruksvård och behandling kvarstår oförändrat. Kommunen ska liksom tidigare bland annat svara för uppsökande och förebyggande arbete och hänvisa till specialiserad hälso- och sjukvård först när de egna insatserna inte räcker till, bistå den specialiserade hälso- och sjukvården med behandlingsplanering, svara för insatser i avvaktan

på att behandling kan starta, ha ansvar för uppföljning före, under och efter behandlingen. Även husläkare kan remittera personer med missbruk eller beroende till hälsoföretagens behandlingsinstitutioner. Det innebär att en klient inte längre är tvungen att vända sig till socialtjänsten för att få behandling för sitt missbruk eller beroende. Den hänvisande instansen (kommun eller husläkare) ska varslas inför alla utskrivningar. Om en person bedöms ha behov av insatser inom den specialiserade missbruks- och beroendevården har han eller hon rättigheter enligt patienträttighetslagstiftningen vilken innebär rätt till utredning om nödvändig hälso- och sjukvård på grund av missbruket inom 30 arbetsdagar, rätt till en individuellt garanterad väntetid tills behandlingen senast ska starta, rätt att välja behandlingsställe i hela Norge inom beslutad nivå och att få resa och uppehälle betald, rätt att få en individuell plan, samt rätt till insyn i journaler och annan dokumentation.

Utvärderingar visar att personer med missbruk eller beroende får sina rättigheter som patienter tillgodosedda i den specialiserade hälso- och sjukvården. Tillgången till somatisk vård har förbättrats för denna patientgrupp. Kostnaderna för den tvärfackligt specialiserade behandlingen har ökat med 40 procent mellan 2004 och 2006. Resursökningen har främst använts för att anställa mer medicinsk personal och för att förstärka kapaciteten för heldygnsbehandling. Balansen mellan insatser för abstinensvård å ena sidan och behandling å den andra har förbättrats och platserna för tvångsvård har ökat något. Däremot har resurserna för heldygnsbehandling inte minskat till förmån för poliklinisk behandling. Väntetiderna från värdering och beslut till att en behandling kan påbörjas har ökat såväl för poliklinisk behandling som för kort behandling på institution, men har minskat något för lång behandling på institution. Väntetiderna skulle ha varit ännu längre om inte många avbrutit behandlingen i förtid. Reformen har dock inneburit att väntetider nu definieras och mäts mer noggrant än tidigare. Det finns fortfarande stora regionala och lokala skillnader i andelen patienter som får beslut om hälso- och sjukvård. Kommunerna har efter reformen upprätthållit och, främst de större kommunerna, något ökat sina insatser inom missbruksområdet. Samarbetet mellan kommunal socialtjänst och specialiserad sjukvård anges ha ökat efter reformen. Det är ofta problem med att upprätthålla patienternas motivation under väntetiden – kommunen har remitterat vidare men den specialiserade sjukvården har

ännu inte tagit emot patienten för behandling – vilket leder till att många patienter hoppar av. Systemet med en indelning i fyra behandlingsnivåer bedöms försvåra en anpassning av insatserna till olika målgrupper, såsom kvinnor och familjer med barn. Den linjära organiseringen, där ansvaret för personer med missbruk eller beroende överförs från en instans till en annan (hänvisning, värdering och beslut, utredning, behandling och uppföljning), har inneburit många avbrutna vårdkedjor och bristande helhetssyn.

5 Vård och behandling under tvång

Majoriteten av personer med missbruks- eller beroendeproblem, som söker för behandling eller som ansöker om och beviljas sociala insatser, får dessa insatser frivilligt med stöd av SoL eller HSL. Som tidigare framgått har dock huvudmännen möjlighet att i vissa särskilt reglerade fall ge insatser även utan den enskildes samtycke enligt LVM (kommunen) och LPT (landstinget).¹

I detta kapitel beskrivs inledningsvis framväxten av LVM och kriterierna för att ge vård utan samtycke enligt LVM och LPT. Utredningen redovisar därefter sin problemanalys. Avslutningsvis presenteras tre alternativa modeller för att stärka individens ställning inom tvångsvården.

5.1 Utgångspunkter

Enligt Socialstyrelsens statistik hade under en enda dag – den 1 nov 2008 – drygt 12 200 vuxna personer individuellt behovsprövade öppenvårdsinsatser medan 2 900 personer hade insatser som betecknas som heldygnsvård (Socialstyrelsen 2009a). I heldygnsvård ingår 260 personer som vårdades med tvång enligt LVM. Tvångsvården enligt LVM omfattade således cirka 2 procent av dem som vid en viss tidpunkt fick insatser för sitt missbruk genom socialtjänsten och knappt 9 procent av dem som var i socialtjänstens heldygnsvård. Vanligare – men inte så ofta debatterat – är psykiatrisk tvångsvård av vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem. Personer som får psykiatrisk tvångsvård enligt LPT har nämligen också i hög utsträckning missbruks- eller

¹ I detta sammanhang bortses från tvångsbestämmelserna i LVU, LRV och smittskyddslagen.

beroendeproblem vid sidan av andra psykiska problem av en art och grad som faller under begreppet allvarlig psykisk störning.

Missbruksutredningens intresse för att kartlägga tvångsvården av vuxna personer med missbruks- eller beroendeproblem har tre huvudsakliga orsaker. För det första har ansökningarna enligt LVM successivt minskat sedan 1990-talet, med undantag för en temporär ökning i samband med regeringens satsningar inom missbruksvården i mitten av 2000-talet. Om minskningen fortsätter kan lagen snart ha spelat ut sin roll inom missbruksvården. Det andra skälet är att målgrupperna för LVM respektive LPT till synes alltmer har glidit ihop eftersom ett stort antal personer med missbruk- eller beroendeproblem också har en psykisk sjukdom. Det innebär att man inom LVM-vården möter många personer med psykisk sjukdom och att det inom LPT-vården finns ett stort antal personer som vid sidan av sin psykiska sjukdom också har ett missbruk eller beroende. Det tredje och sista skälet är farhågan att dessa personer med samsjuklighet i dag inte får sina totala vårdbehov tillgodosedda på ett adekvat inom vare sig LVM- eller LPT-vården.

Utredningens kartläggningar och problemanalys har mot denna bakgrund gjorts i gränssnittet mellan den tvångsvård som ges enligt LVM och enligt LPT. Problemanalysen hittills indikerar ett antal problem som synes hänga samman med brister i nuvarande lagstiftning och tillämpningen av denna. För att komma till rätta med dessa problem, har utredningen skissat på tre alternativa lösningar eller modeller som är olika långtgående i förhållande till dagens system och avser minska eller lösa olika problem. Syftet med tre modeller är att stimulera till en bred debatt inför utredningens fortsatta arbete. Modellerna är inte ömsesidigt uteslutande.

5.2 Historisk tillbakablick

5.2.1 Från kriminalisering till vård enligt LVM

Det svenska samhället har genom tiderna försökt att främja nykterhet och bekämpa missbruk på olika sätt. Tyngdpunkten när det gäller olika tvångsformer låg länge på kriminalisering och samhällsskydd. Som exempel kan nämnas att fylleriet kriminaliserades 1733 och avkriminaliserades så sent som 1977.

Lagligt reglerad tvångsvård infördes för första gången under 1850-talet och avsåg sinnessjuka. En särlagstiftning som enbart

omfattade missbruk av alkohol infördes för första gången i augusti 1916 när 1913 års alkoholistlag trädde i kraft. Lagen betraktades visserligen som en vårdlag, men samtidigt var det tydligt att den alkoholism som ansågs utgöra ett problem var bland arbetarklassens familjefäder som genom sitt drickande ansågs förstöra inte bara för sig själva utan också för sin familj (Gustafsson 2001). Alkoholistlagen reviderades under 1932, dock utan några större praktiska skillnader. Under 1950-talet ersattes lagen av nykterhetsvårdslagen. De medicinska synpunkterna vid alkoholmissbruk ägnades större uppmärksamhet, men i praktiken var det inga större förändringar. Lagen gällde bara vid alkoholmissbruk medan missbruk av narkotika behandlades inom hälso- och sjukvården utan särskild missbruksrelaterade lagreglering. Dessa personer kunde tvångsvårdas i vissa fall enligt lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV).

Under andra hälften av 1960-talet växte kritiken mot nykterhetsvårdslagens repressiva karaktär och tvångsåtgärdernas utformning. Alkoholismen betraktades också alltmer som en sjukdom. En utredning tillsattes – Socialutredningen – som fick i uppdrag att göra en allmän översyn och reformering av den sociala vårdlagstiftningen, inklusive tvångsinslagen i dåvarande barnavårds- och nykterhetsvårdslagen. Utredningen föreslog i sitt slutbetänkande att en ny socialtjänstlag skulle ersätta nykterhetsvårdslagen, lagen om socialhjälp och barnavårdslagen (SOU 1977:40). När det gällde vuxna personer med missbruksproblem var utredningens huvudförslag att behövliga tvångsinsatser för den som missbrukade alkohol eller andra beroendeframkallande medel endast skulle ges inom hälso- och sjukvården och med stöd av LSPV. Utredningens minoritet ställde sig bakom ett alternativförslag, som innebar att tvångsvård skulle kunna genomföras med stöd av en särskild social tvångsvårdslagstiftning.

Remissinstanserna var i princip eniga om att tvångsinsatser var nödvändiga beträffande barn och unga, men frågan om tvångsvård för vuxna personer med missbruksproblem var fortfarande omstridd. Regeringen anslöt sig dock till utredningens huvudförslag och föreslog i sin proposition att en ny socialtjänstlag skulle ersätta bland annat nykterhetsvårdslagen, lagen om socialhjälp och barnavårdslagen. Den nya socialtjänstlagen kompletterades med lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt vissa förändringar i LSPV (prop. 1979/80:1).

Riksdagen tillstyrkte förslaget om ny socialtjänstlag och LVU men avsåg förslaget om ändringar i LSPV. Socialutskottet ansåg det nödvändigt att frågan om vård utan samtycke av vuxna personer med missbruksproblem blev föremål för fortsatt utredning. Utskottet poängterade också vikten av en bred politisk samsyn i en sådan fråga som kan innebära långtgående ingrepp i den enskildes frihet och integritet (bet. 1979/80:SoU44 s. 62). En kommitté – Socialberedningen – tillsattes därefter som fick i uppdrag att med förtur utarbeta ett lagförslag beträffande vården av vuxna med alkohol- och narkotikamissbruk. Beredningen överlämnade i januari 1981 ett enhälligt förslag i sitt betänkande *LVM – Lag om vård av missbrukare i vissa fall* (SOU 1981:7).

Ett år senare, den 1 januari 1982, trädde LVM (1981:1243) i kraft samtidigt som det nya socialtjänstsystemet infördes. Till skillnad från tidigare tvångslagar var LVM främst grundad i den enskildes behov av vård och omfattade även personer som missbrukade narkotika. Redan några år efter lagens införande uppstod en omfattande debatt om behovet av att hjälpa personer med injektionsmissbruk bort från det aktiva missbruket. Debatten förstärktes av alarm om hiv/aids-epidemi bland de så kallade sprutnarkomanerna i Stockholm. Bland annat mot denna bakgrund reviderades LVM den 1 januari 1989 när nuvarande LVM trädde i kraft. Revideringen innebar bland annat att LVM blev obligatorisk, det vill säga socialnämnden ska ansöka om tvångsvård om lagens förutsättningar är uppfyllda, oavsett ekonomiska resurser (prop. 1987/88:147 s. 53).

LVM har under årens lopp ändrats ett antal gånger, bland annat på grund av två huvudmannaskapsförändringar under 1990-talet. Ändringarna innebar dels att socialnämnderna övertog ansvaret för utrednings- och ansökningsförfarande från länsstyrelserna, dels att Statens institutionsstyrelse tog över utförandet av vården från kommunerna. Någon mer genomgripande revidering av LVM har dock inte skett under de drygt 20 år som lagen har varit i kraft.

5.2.2 Utvecklingen inom missbruksvården efter LVM

Under hotet av en aidsepidemi bland personer med missbruk i mitten av 1980-talet skedde en kraftig utbyggnad och förstärkning av institutionsvården genom riktade statliga bidrag. Förstärkningen gällde både den frivilliga vården och tvångsvården. Kulmen nåddes

under 1991 då antalet personer som vårdades i institutionsvård en viss mättag uppgick till drygt 5 000, varav knappt 750 i tvångsvård. Efter det minskade antal personer i institutionsvård successivt under 1990-talet och kommunerna satsade alltmer på vård i öppna former. Mest märkbar var minskningen inom tvångsvården där antalet personer minskade med två tredjedelar. LVM-ansökningarna minskade särskilt efter att kommunerna övertog utredningsansvaret från länsstyrelserna 1994. Nedgången gällde framför allt personer som missbrukade alkohol, medan andelen som missbrukade narkotika låg relativt konstant (SOU 2005:82 s. 81).

Parallellt med denna utveckling skedde en ökning av det så kallade tunga narkotikamissbruket. Uppgifter från olika håll pekade på att människor som hade hamnat i tungt missbruk inte fick den vård, omsorg och annat samhälleligt stöd som de behövde. Situationen var särskilt svår för människor med både missbruks- och psykiska problem.² Mot denna bakgrund tillsatte regeringen år 2002 LVM-utredningen, som fick i uppdrag att bland annat analysera utvecklingen från institutionsvård till öppenvård och från tvångsvård till frivillig vård samt att bedöma hur denna utveckling påverkat de socialt mest utsatta personerna med missbruk. I uppdraget ingick inte att analysera de grundläggande förutsättningarna för att tvångsvård över huvud taget ska kunna komma i fråga.

LVM-utredningen konstaterade i sitt betänkande att kommunernas insatser på missbrukarvården inte svarade mot de behov som fanns (SOU 2004:3). Utvecklingen mot ökad öppenvård medförde enligt utredningen att en grupp av klienter, främst de med långvarigt missbruk, inte fick sina vårdbehov tillgodosedda. Utredningen pekade på betydelsen av långsiktighet, uthållighet och planering som avgörande förutsättningar för att lyckas med behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Kommunerna föreslogs få sänkta kostnader om de tog ett större ansvar för eftervården. Syftet var att ge den enskilde en mer sammanhängande vård efter LVM-vården.

LVM-utredningens förslag ledde till att regeringen initierade det så kallade "Vårdkedjeprojektet". Projektet, som påbörjades i april 2004 i Statens institutionsstyrelses regi, hade syftet att stärka vårdkedjan i alla dess delar, både i LVM-vården och i eftervården i frivillig form som följde på tvångsvården. Fyra kommuner och tre LVM-hem ingick i projektet. Vårdkedjeprojektet innebar bland

² Jfr direktiven till LVM-utredningen (dir. 2002:10).

annat att den enskilde klienten, socialtjänsten, LVM-hemmet och en fristående samordnare efter noggrann utredning enades om en planering, för LVM-tiden och för eftervården. Den planerade vården var ett år, varav sex månader med stöd av LVM (inklusive vård med stöd av 27 § LVM) och sex månaders eftervård med stöd av SoL.

Innan det pågående Vårdkedjeprojektet hade avslutats och utvärderats beslutade regeringen om en ny satsning inom missbruksvården som fick namnet ”Ett kontrakt för livet”. Satsningen var tänkt att pågå under åren 2005–2007 men har förlängts i omgångar och gällde till och med utgången av 2009. Med satsningen följde ett riktat statsbidrag för att stimulera kommuner och andra aktörer att utveckla missbruksvården. Modellen med Ett kontrakt för livet innebar att särskilda medel avsattes för att förstärka vårdinnehållet, både under LVM-tiden och i eftervården. Klienten, socialtjänsten och Statens institutionsstyrelse skrev ett gemensamt kontrakt om hur vården skulle se ut. I utbyte mot garanterade eftervårdsinsatser fick kommunen rabatt på den vårdtid som klienten prövade i öppnare former inom ramen för LVM-vården.

Under projektets första treårsperiod ökade det totala antalet intagna på LVM-hem med 26 procent – från sammanlagt 862 till 1 086 intagna. Ökningen gällde såväl planerade som akuta LVM-placeringar. Ansökningarna har därefter successivt minskat. Vårdkedjeprojektet och Ett kontrakt för livet har utvärderats och visar positiva behandlingsresultat (jfr avsnitt 5.4.6).

5.3 Grunder för vård utan samtycke

5.3.1 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

Som tidigare påpekats är LVM ett komplement till SoL. Det innebär att frivilliga insatser är huvudregeln. En person med missbruksproblem som inte frivilligt vill genomgå vård och behandling för sitt missbruk, kan bli föremål för tvångsinsats enligt LVM om lagens förutsättningar är uppfyllda. Även en person som samtycker till frivillig vård kan beredas tvångsvård. Enligt 2 § LVM ska nämligen en person med missbruksproblem beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i lagen. Om den enskilde samtycker till vård som motsvarar hans eller hennes vård-

behov är detta dock ett starkt skäl som talar emot tvångsvård. Finns det trots samtycke anledning att ifrågasätta att vården går att genomföra, ska socialnämnden göra en bedömning av om personen med missbruksproblem har tillräcklig vilja och rimlig förmåga att fullfölja behandlingen i frivillig form.

Tvångsvården ska enligt 3 § LVM syfta till att genom behövliga insatser motivera personen 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. Det innebär både ett långsiktigt mål, frihet från missbruk, och ett kortsiktigt, motivation till vård.

Generalindikation och minst en specialindikation

Förutsättningar för att vård enligt lagen ska komma i fråga regleras i 4 § LVM. Tvångsvård ska beslutas om den så kallade generalindikationen är uppfylld samt minst en av tre specialindikationer.

Generalindikationen innebär att någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk. Med ett fortgående missbruk av alkohol avses att missbruket ska ha en viss varaktighet. Det får alltså inte röra sig om en tillfällig överkonsumtion. Även missbruk som återkommer i perioder kan omfattas av lagen, om rekvisiten i övrigt är uppfyllda. Det krävs vidare att den enskilde till följd av sitt missbruk är i behov av vård för att komma ifrån detta och att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL eller på något annat sätt. Det ska föreligga en allvarlig missbruksbild som kräver snabba och kraftfulla insatser. Behovet av vård kan visa sig i form av ett akut behov av abstinensbehandling, men det behöver inte göra det. Alla möjligheter till insatser i samförstånd med den enskilde ska övervägas och befinnas otillräckliga innan kommunen tillgriper LVM-vård.

Specialindikationerna innebär att den enskilde till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara (hälsoindikation), löper en uppenbar risk för att förstöra sitt liv (social indikation) eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (skadeindikation). Minst en av dessa indikationer måste föreligga vid ansökan om vård enligt LVM.

Hälsoindikationen avser bland annat fall där det finns en medicinsk påvisbar hälsorisk eller när någon till följd av missbruket

underlåter att äta eller utsätter sig för allvarlig yttre fara, exempelvis löper risk att förolyckas eller frysa ihjäl. Tanken med den sociala indikationen är att LVM ska kunna användas i ett skede när det ännu är möjligt att bryta en destruktiv utveckling, exempelvis för unga personer med missbruksproblem som ännu inte har några allvarliga medicinska skadeverkningar, men som på grund av missbruket riskerar att slås ut från utbildnings- och arbetsmarknad och att stängas ute från ett normalt boende.

Skadeindikationen avser två olika situationer. Den första situationen avser när en person med missbruksproblem kan befaras komma att allvarligt skada sig själv, exempelvis när det finns en risk för självmord. Den andra situationen avser när någon till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada någon närstående. Här avses inte bara fysisk skada utan även sådant psykiskt lidande som närstående kan utsättas för genom ett hotfullt, pockande eller hänsynslöst uppträdande, kan utgöra grund för ingripande.

Ett ärende kan initieras av flera men utreds av socialnämnden

Ett LVM-ärende initieras vanligen genom socialnämndens kännedom om och kontakter med den enskilde personen med missbruksproblem eller närståendes anmälan. Ärendet kan också initieras till följd av anmälningsskyldigheten i 6 § LVM. Myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med personer med missbruksproblem, är nämligen enligt denna bestämmelse skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM.

För läkare inom hälso- och sjukvården finns en begränsning i anmälningsskyldigheten, som innebär att läkaren ska göra anmälan endast om han eller hon bedömer att den enskilde inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården. Anledningen till denna begränsning är att anmälningsplikten inte får medföra att den enskilde personen med missbruksproblem avhåller sig från att söka medicinsk, exempelvis psykiatrisk, vård.

Myndigheter som har anmälningsplikt har också en uppgiftsskyldighet, det vill säga personalen är skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för en LVM-utredning. Anmälnings- och uppgiftsskyldigheten i LVM-ärende

bryter den sekretess som finns inom myndigheten enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Socialnämnden är enligt 7 § LVM skyldig att inleda utredning när den har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård enligt lagen. Om det inte är uppenbart obehövt, ska socialnämnden enligt 9 § LVM besluta om läkarundersökning av personen med missbruksproblem samt utse en läkare för undersökningen. Läkaren ska i intyget ange personens aktuella hälsotillstånd och allmänna behov av vård. Läkarintyget ska bifogas ansökan till länsrätten. Om ansökan inte innehåller läkarintyg eller om det behövs av något annat skäl, får även länsrätten enligt 11 § LVM besluta om undersökning.

Anser socialnämnden efter utredning att det finns skäl att bereda någon tvångsvård, har nämnden enligt 11 § LVM skyldighet att ansöka om sådan vård hos länsrätten. Som tidigare framgått är nuvarande LVM obligatorisk, det vill säga socialnämnden ska ansöka om beredande av tvångsvård om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, oavsett till exempel ekonomiska resurser och andra förhållanden i kommunen. Det är länsrätten som beslutar om beredande av vård enligt LVM. Den enskilde har rätt till offentligt biträde vid prövning av beredande av tvångsvård eller omedelbart omhändertagande.

Vårdens inledning och innehåll

Om länsrätten beslutar om vård enligt LVM, ska socialnämnden se till att vården verkställs. Tvångsvården verkställs på särskilda LVM-hem som Statens institutionsstyrelse driver.

Vården kan enligt 24 § LVM inledas på sjukhus, om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt. Bakgrunden till denna bestämmelse är att den som ska beredas vård med stöd av LVM ofta är i dålig fysisk och psykisk kondition. Han eller hon är många gånger i behov av abstinensvård och behöver medicinsk hjälp för att lindra abstinensbesvär och minska risken för komplikationer. Den enskilde får inte behandlas mot sin vilja eller kvarhållas i behandlingssyfte. Hans eller hennes önskemål att avstå från behandling och vistelse på sjukhus ska alltid respekteras om inte förutsättningar för medicinsk tvångsvård enligt LPT föreligger.

Som tidigare framgått är huvudsyftet med vården att avbryta missbruket och att genom behövliga insatser motivera till fortsatt frivillig vård samt en mer långsiktig rehabilitering. I förarbetena betonas att även behandlingsinsatser kan komma i fråga. Förutom behandlingsinsatser mot själva missbruket kan vården också handla om åtgärder som tar sikte på den enskildes livssituation i stort, som arbete och bostad (prop. 2004/05:123 s. 35).

Enligt 27 § LVM ska Statens institutionsstyrelse, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne ska beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Målet är att en sådan placering ska ske inom tre månader. Socialnämnden ska se till att sådan vård ordnas. Innan vård i annan form påbörjas ska socialnämnden enligt 28 § LVM, i samråd med den intagne och Statens institutionsstyrelse, upprätta en plan för den fortsatta vården.

Vårdens upphörande och eftervård

Tvångsvården enligt LVM ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader. Statens institutionsstyrelse beslutar om intagning i, och om utskrivning från, ett LVM-hem (20, 25 §§ LVM). I praktiken är det oftast föreståndaren för LVM-hemmet som fattar ett sådant beslut.

Socialnämnden ska enligt 30 § LVM aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han eller hon får personligt stöd eller behandling för att komma ifrån sitt missbruk.

Omedelbart omhändertagande

Enligt 13 § LVM får socialnämnden besluta att en person med missbruksproblem omedelbart skall omhändertas om det är sannolikt att han eller hon kan beredas vård med stöd av LVM. Det krävs dessutom att rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att personen kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om han eller hon inte får omedelbar vård, eller på grund av att det finns en överhängande risk för att person till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Beslutet om omhändertagandet ska underställas länsrättens prövning

som senast inom fyra dagar (max en vecka i särskilda fall), har att fastställa eller upphäva beslutet. Socialnämnden ska därefter inom en vecka komma in med en ansökan om beredande av vård.

Särskilt om gravida kvinnor som missbrukar

I hela landet tvångsomhändertas enligt LVM årligen cirka 20 gravida kvinnor och cirka 200 kvinnor i fertil ålder. Enligt gällande bestämmelser kan LVM inte tillämpas enbart till skydd för fostret. Endast om skyddsintresset av både modern och fostret sammanfaller kan LVM bli tillämplig. Regeringen har i en departementspromemoria, som nu remissbehandlats, föreslagit att LVM tillförs ytterligare en specialindikation, som innebär att en gravid kvinna ska kunna vårdas med tvång om hon på grund av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel utsätter fostret för en påtaglig risk att födas med en skada orsakad av missbruket. När det gäller vårdtidens längd i dessa fall föreslås att den får pågå under hela den återstående graviditeten och längst till och med en månad efter barnets födelse. Enligt gällande plan vill regeringen att förslagen träder i kraft den 1 juli 2010 (Ds 2009:19).

5.3.2 Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT

Som tidigare framgått har möjligheten att ge tvångsvård i samband med psykisk sjukdom funnits i svensk lagstiftning under en lång tid. En utgångspunkt för den nu gällande lagstiftningen på området är att samhället i vissa fall måste kunna ge sjukvård till en person trots att han eller hon motsätter sig det, om personen på grund av sitt psykiska tillstånd inte har förmåga att se till sitt eget bästa eller är farlig för sig själv eller andra.

LPT trädde i kraft den 1 januari 1992 och ersatte LSPV. I förarbetena poängterades att LPT var ett komplement till HSL och att bestämmelserna i HSL således gäller all vård och behandling under psykiatrisk vård. Syftet med de nya reglerna i LPT var att anpassa lagstiftningen på området till den utveckling mot starkt begränsad användning av tvångsvård som ägt rum inom psykiatri (prop. 1990/91:58 s. 3). Förutsättningarna för intagning i psykiatrisk tvångsvård är fortfarande i stort sett oförändrade men den 1

september 2008 infördes en ny vårdform – öppen psykiatrisk tvångsvård. Det innebär att tvångsvård enligt LPT numera kan ges i både sluten och öppen form. Vården måste dock alltid inledas på sjukhus.

Förutsättningar för sluten psykiatrisk tvångsvård

Enligt 3 § LPT måste tre förutsättningar vara uppfyllda samtidigt för att sluten psykiatrisk tvångsvård ska få ges. För det första krävs att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. För det andra krävs att patienten på grund av sitt tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård). Vid bedömningen av patientens vårdbehov ska också beaktas om han eller hon till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. För det tredje krävs slutligen att patienten motsätter sig sjukhusvården eller att det till följd av hans eller hennes psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med erforderligt samtycke.

Ett beslut om intagning på sjukvårdsinrättning får enligt 4 § LPT inte fattas utan att ett läkarintyg (vårdintyg) först har utfärdats, av vilket det framgår att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård av patienten är uppfyllda. Vårdintyget ska grundas på en särskild läkarundersökning som utförs av en legitimerad läkare. Om undersökningen inte kan utföras med patientens samtycke, får patienten tas om hand för undersökning. Beslut om sådant omhändertagande får fattas endast av läkare i allmän tjänst eller av läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg.

Frågan om intagning för tvångsvård skall enligt 6 b § LPT avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten, senast 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen. Ett beslut om intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar. Beslut i fråga om intagning fattas av en chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård. Beslutet får inte fattas av den läkare som har utfärdat vårdintyget.

Tvångsvård som grundar sig på ett vårdintyg och en läkares intagningsbeslut får pågå i högst fyra veckor från dagen för beslutet

om intagning. Bedöms det att en patient behöver ges vård utan samtycke under längre tid, ska chefsöverläkaren ansöka hos länsrätten om medgivande till sådan vård. Om rätten bifaller ansökan får vården pågå under högst fyra månader, räknat från dagen för intagning. Efter ansökan av chefsöverläkaren får rätten medge att tvångsvården fortsätter utöver fyra månader. Medgivande får då lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället.

Förutsättningar för öppen psykiatrisk tvångsvård

Den öppna vårdformen innebär ingen ändring när det gäller förutsättningar för intagning i psykiatrisk tvångsvård, vilket innebär att tvångsvården alltid måste inledas på en sjukvårdsinrättning. Vårdformen är därefter avsedd att kunna anpassas till varje patients individuella behov och insatser och förutsätter ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Vårdformens syfte är att underlätta vården och omsorgen av personer med allvarliga psykiska störningar som inte kan skrivas ut från tvångsvård, men som inte heller behöver vara intagna på en sjukvårdsinrättning. Chefsöverläkaren kan ansöka hos länsrätten om att dessa patienter ska överföras till den öppna vårdformen. Till ansökan ska chefsöverläkaren bifoga en samordnad vårdplan som är justerad av landstinget och kommunen. I vårdplanen ska det tydligt framgå hur den fortsatta vården ska bedrivas, hur de sociala och öppna psykiatriska insatserna ska utformas och vem som ansvarar för vad. Länsrätten kan sedan besluta om särskilda villkor som utgör en förutsättning för den öppna vårdformen. Villkoren kan exempelvis vara att patienten ska ta medicin, regelbundet besöka en öppenvårdsmottagning eller avhålla sig från missbruk. Länsrätten kan också delegera till chefsöverläkaren att bestämma villkoren.

Om en patient inte rättar sig efter de meddelade villkoren kan en återintagning ske. En helhetsbedömning krävs då i det enskilda fallet. Exempelvis måste den enskilde fortfarande lida av en allvarlig psykisk störning, det vill säga uppfylla generalindikationen. En ansökan om eller beslut om återintagning kan alltså inte baseras enbart på att patienten inte följer de villkor som har uppställts eller vara en sanktion för att ett villkor inte har iakttagits.

Socialstyrelsen har i en uppföljning konstaterat att tendensen är att den nya öppna vårdformen används (Socialstyrelsen 2009b).

Under perioden 1 september 2008–14 april 2009 har 580 av totalt 1 048 länsrättsdomar gällt överföring till eller fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård.³ Domstolarna avslår mycket sällan en ansökan om överföring till den öppna vårdformen eller en ansökan om fortsatt sådan vård. När en ansökan ändå avslås beror det på att landstinget och kommunen saknar samordnad vårdplan. De villkor som patienterna måste följa är olika och verkar enligt Socialstyrelsen vara individuellt utformade. Det vanligaste villkoret är att patienten ska ta de läkemedel som har ordinerats.

5.4 Tvångsvårdens legitimitet äventyras

5.4.1 Problem i gränssnittet mellan LVM och LPT

Som framgått inledningsvis i detta kapitel omfattade tvångsvården enligt LVM under år 2008 cirka 2 procent av dem som vid en enda dag fick insatser för sitt missbruk genom socialtjänsten och knappt 9 procent av dem som var i socialtjänstens heldygnsvård, vilket motsvarar 260 personer en viss dag. Personer med missbruk eller beroende får emellertid inte bara tvångsvård enligt LVM. De vårdas också i hög utsträckning inom den psykiatriska tvångsvården enligt LPT. Det vanligaste är att missbruk eller beroende är sidodiagnos vid sidan av andra psykiska problem, men det förekommer också psykiatrisk tvångsvård med missbruksrelaterad huvuddiagnos.

Av Missbruksutredningens initierade kartläggning om tvångsvårdens effekt och kvalitet, framgår att antal intagna enligt LPT vid en enda dag – den 6 maj 2008 – var 1 548 personer. Av dessa hade 938 personer någon gång diagnostiserats med ett känt missbruk, varav 314 personer hade aktuellt missbruksproblem. Var tionde av dem som hade aktuellt missbruk (33 personer) hade missbruksrelaterad diagnos som huvuddiagnos vid intagningen enligt LPT (Gerdner och Berglund 2009). En jämförelse mellan intagna enligt LVM och LPT visar således att antalet tvångsvårdade personer med känt missbruksproblem under en dag enligt LPT är mer än tre gånger så många som de som under en dag vårdas enligt LVM. Vid begränsning till aktuellt missbruk är det fortfarande fler intagna enligt LPT än enligt LVM. En ytterligare begränsning till missbruksrelaterad huvuddiagnos medför visserligen färre personer men ändå så många som motsvarande 10 procent av LVM-intagna.

³ En patient kan ha flera domar. Länsrättsdomarna omfattar sammanlagt 942 patienter.

Ovanstående siffror och analys bygger på en endagsinventering som Socialstyrelsen har gjort. Studien har endast gjorts vid det tillfället och ingår inte i en årlig rapporteringsrutin, vilket medför att utvecklingstrender inte kan spåras (Socialstyrelsen 2008b). Det saknas i dag systematisk sammanställning om dessa vårdinsatser. Det gäller såväl kartläggningar av vilka som vårdas, som studier eller rapporter om innehåll och utfall. Hur omfattande den psykiatriska tvångsvården av personer med missbruksproblem är, är alltså i huvudsak utforskat. Utredningens avsikt är dock att kartlägga detta i det fortsatta utredningsarbetet.

Även om endagsinventeringen rymmer betydande felkällor, och även om hänsyn tas till att samsjukligheten mellan beroendetillstånd och allvarlig psykisk störning är betydande, kan det enligt Missbruksutredningen vara uppseendeväckande många som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården som har missbruks- och beroendeproblem vid sidan av den allvarliga psykiska störningen som är en förutsättning för vård enligt LPT. Det bör noteras att antal personer med missbruksproblem inom den psykiatriska tvångsvården blir ännu fler om även vård som ges enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård beaktas (LRV).⁴ Utredningens problemanalys har mot denna bakgrund rört sig i gränssnittet mellan den tvångsvård som ges med stöd av LVM och den som ges med stöd av LPT. Fokus är vuxna personer med missbruks- eller beroendeproblem.

5.4.2 Några brister inom dagens tvångsvård

Tvång innebär i sig att den enskildes självbestämmanderätt upphävs och att hans eller hennes autonomi starkt inskränks. Tvångsinsatsen kan dock motiveras om den faktiskt kan bidra till individens tillfrisknande, eller bryta ett akut missbruk där erbjudna frivilliga insatser inte kan mottas av den enskilde individen. Samtidigt måste självfallet målet med tvångsinsatsen vara ett minimum av integritetskränkning. Vården måste också utformas så att den under tiden kan kännas meningsfull för den enskilde. Utredningens problemanalys visar emellertid att dessa självklara utgångspunkter inte alltid

⁴ Antal personer med aktuellt missbruk är då drygt tre gånger så många inom den psykiatriska tvångsvården. 107 personer har missbruksrelaterad huvuddiagnos, vilket motsvarar cirka 40 procent av de LVM-intagna (Gerdner och Berglund 2009, s. 15 f.).

är uppfyllda. De identifierade bristerna inom tvångsvården kan sammanfattas i följande teman:

- a) Ojämn användning av LVM över landet medför rättsosäkerhet för den enskilde.
- b) Samsjukligas behov tillgodoses inte inom vare sig LVM- eller LPT-vård.
- c) Behandlingsinnehållet inom LVM-vården brister även för andra grupper.
- d) Samspelet mellan tvångsvård och den fortsatta vården fungerar dåligt.

Dessa brister äventyrar enligt utredningens mening tvångsvårdens legitimitet och försvagar möjligheterna till rehabilitering. Bristerna utvecklas i det följande.

5.4.3 Ojämn användning av LVM över landet

Nuvarande LVM är obligatorisk sedan den 1 januari 1989. Det innebär att socialnämnden ska ansöka om beredande av tvångsvård om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, oavsett ekonomiska resurser. År 1991 var det knappt 750 personer som tvångsvårdas enligt LVM en viss mättag. Ansökningarna minskade därefter kraftigt. Regeringens satsningar inom missbruksvården under 2000-talet (jfr avsnitt 5.2.2) medförde visserligen att ansökningarna tillfälligt ökade över landet med 26 procent under åren 2005–2007 (dock från en lägre nivå), men utvecklingen har därefter inneburit en fortsatt minskning av ansökningarna. Som framgått visar den senaste mätningen från 2008 att det numera är cirka 260 personer som får tvångsvård enligt LVM en viss dag. Enligt uppgifter från Statens institutionsstyrelse har antalet sjunkit ytterligare under år 2009.

Statistik från Statens institutionsstyrelse visar vidare att det i dag finns mycket stora skillnader över landet när det gäller utnyttjande av LVM. Som exempel kan nämnas att Göteborg har nästan fyra gånger så många vård dygn per år och invånare jämfört med Malmö och Uppsala.⁵ Jämfört med Stockholm har Göteborg nästan

⁵ Göteborgs stad har cirka 19 000 vård dygn per år, 2008, medan motsvarande siffra för Malmö stad och Uppsala kommun är cirka 5 000 vardera per år. Siffrorna anges i absoluta tal och relativt till befolkningen.

tre gånger fler vårddygn per år och invånare.⁶ För andra större kommuner är skillnaden 1 till 3 (Varberg, Jönköping och Eskilstuna). Motsvarande skillnader, det vill säga 1 till 3 eller 4, finns även för andra jämförbara kommuner, både medelstora och små.

Djupare analyser av dessa skillnader pågår inom utredningen, men redan nu kan konstateras att förklaringen inte är så enkel att kommuner med låg andel LVM-ansökningar har motsvarande hög grad av frivilliga insatser inom öppenvården. Utnyttjandet av tvångsvård enligt LVM mellan jämförbara kommuner borde därför rimligen inte variera så mycket som de gör i dag. Vid utredningens hearingar runt om i landet har framkommit flera skäl som möjliga förklaringar till den ojämna användningen. Ett skäl, som framför allt påpekas av de mindre kommunerna, är att tvångsvård enligt LVM är mycket dyr. För de minsta kommunerna kan en enda beviljad LVM-ansökan medföra att större delen av budgeten för missbruksvården tas i anspråk. Andra skäl som framförs är att tvångsvård inte anses som en tillräckligt kostnadseffektiv insats och att satsningar i stället görs på öppenvårdsinsatser i hemmiljön.

Åter andra kommuner framför att de inte tror på tvångsvård som en framkomlig väg för att motivera en person med missbruksproblem att få nödvändig vård. Utredningens analyser visar också att ytterligare en förklaring kan vara att vissa landsting, exempelvis i Stockholm, i samverkan med kommunerna bygger ut beroendecentrumverksamheter, vilket kan medföra minskad efterfrågan på tvångsvård enligt LVM i länets kommuner. Utredningen kommer att undersöka närmare hur relationen i dessa landsting och kommuner ser ut mellan LVM-ansökningar och antal intagna personer enligt LPT med missbruks- eller beroende.

Trots lagens obligatoriska utformning synes det alltså kunna vara ekonomiska skäl eller inställning till tvångsvård som avgör om en person ska beredas tvångsvård enligt lagen. En person med missbruksproblem måste således inte bara uppfylla kriterierna för LVM utan också bo i ”rätt” kommun för att få tvångsvård. Företrädare för olika brukarorganisationer har i kontakterna med Missbruksutredningen uttryckt frustration över denna ojämna tillämpning. På vissa håll i landet anser exempelvis närstående att de måste ”tjata” sig till LVM-vård för att rädda livet på en person med allvarliga missbruksproblem. På andra håll klagas det över att LVM tillämpas för ofta. Den ojämna användningen av LVM över landet

⁶ Stockholms stad har cirka 7 000 vårddygn i absolut tal och relativt till befolkningen.

medför enligt Missbruksutredningen en rättsosäkerhet för den enskilde individen.

5.4.4 Samsjukligas behov tillgodoses inte

Personer med allvarligt missbruk har inte sällan samsjuklighet, det vill säga vid sidan av missbruket finns även en psykisk sjukdom. Missbruksutredningen har initierat en översyn av förekomsten av samsjuklighet mellan psykisk sjukdom, personlighetsstörning och missbruk eller beroende. Av översynen, som omfattar genomgång av forskning och utvärderingar, framgår sammanfattningsvis att cirka 30–50 procent av alla som söker för missbruk eller beroende också har en aktuell psykisk sjukdom, som behöver identifieras, bedömas och eventuellt behandlas av psykiatriskt kunniga personer. Av de personer som söker vård för psykisk ohälsa har cirka 20–30 procent samtidigt ett missbruks- eller beroendetillstånd, vilket kräver kompetens i handläggning och behandling (Öjehagen 2009). Även Missbruksutredningens initierade kartläggning om tvångsvårdens effekt och kvalitet bekräftar att många personer med missbruk eller beroende också har en psykisk sjukdom. Bland annat framgår av olika studier att mellan 40–60 procent av de LVM-intagna tidigare har vårdats inom psykiatri. Trots detta är de sällan psykiatriskt utredda – varken inom psykiatri eller inom LVM-vården (Gerdner och Berglund 2009, s. 19).

Konsekvensen av att många personer med missbruk har samsjuklighet, innebär inte bara att man inom LVM-vården möter personer med psykisk sjukdom. Även inom den psykiatriska tvångsvården finns det ett stort antal personer som vid sidan av sin psykiska sjukdom har ett missbruk eller beroende. Det finns med andra ord en omfattande psykiatrisk samsjuklighet bland personer som tvångsintagits för sitt missbruk eller beroende, oavsett vilken tvångslag som tillämpas. Det kan enligt Missbruksutredningen tyda på att målgrupperna för LVM och LPT alltmer synes ha flutit ihop.

Inom Statens institutionsstyrelse har de senaste åren ett utvecklingsarbete vidtagits som har förbättrat utredningsmöjligheterna inom det sociala området. Däremot finns det fortfarande brister när det gäller tillgången till medicinska/psykiatriska utredningar. Utan sådana utredningar är det enligt Missbruksutredningen svårt att få till stånd ett strukturerat behandlingsinnehåll för den

enskilde både under LVM-vården och under den fortsatta vården. Detta ska ses mot bakgrund av de slutsatser som framgår av Missbruksutredningens initierade översyn av tvångsvårdens effekt och kvalitet, nämligen att strukturerade modeller för utredning, behovsbedömning och psykiatrisk eller psykologisk utredning tycks förbättra utfall vid tvångsvård på grund av missbruk (Gerdner och Berglund 2009, s. 57). På LVM-hemmen ges i dag vissa frivilliga psykiatriska behandlingsinsatser. I detta sammanhang bör påpekas att det finns lagliga begränsningar var psykiatrisk tvångsvård får bedrivas.⁷

Inom psykiatrin finns bristande kunskap om beroendevård – och ibland kanske intresse – att behandla personer med missbruksproblematik. Inom den psykiatriska vården finns dessutom en genomgående brist på systematiska diagnostiska utredningar (Gerdner och Berglund 2009, s. 20).

Trots hög förekomst av samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende, visar således utredningens problemanalys att dessa personer inte får sina behov tillgodosedda vare sig inom LVM-vården eller inom LPT-vården. Samsjukliga som får tvångsvård enligt LVM får otillräcklig vård för sin psykiska sjukdom, medan personer inom den psykiatriska tvångsvården inte alltid får behandling för sina missbruks- eller beroendeproblem. Trots att de nationella riktlinjerna anger att insatserna för samsjukliga ska ges i samordnade former, sker detta alltför sällan inom tvångsvården.

5.4.5 Innehållet i LVM-vården har brister

Enligt uppgifter från Statens institutionsstyrelse har utvecklingen inom LVM-vården gått mot allt sjukare klienter, inte bara psykiatriskt utan också somatiskt, med allt större behov av medicinska insatser. LVM-hemmens organisation har fått anpassas till att få klienterna i sådant medicinskt skick att motivationsarbetet kan påbörjas. Institutionernas sjukvårdsinsatser är inte sällan av livräddande karaktär. I avsnitt 4.2 har pekats på problem för intagna att få hälso- och sjukvårdsinsatser från landstingen, exempelvis abstinensvård, under sin LVM-vistelse. Bristande tillgång på hälso- och

⁷ Enligt 15 § LPT ska vård enligt LPT ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting. Om det finns synnerliga skäl får regeringen bestämma att vård får ges även på annan vårdinrättning.

sjukvårdsinsatser har tvingat Statens institutionsstyrelse att bygga upp en del egna sjukvårdsresurser, vilket är ett avsteg från normaliseringsprincipen.

Ett annat problem som har samband med behandlingsinnehållet är tillgången till behandling vid opiatberoende under LVM-vården. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter får sådan underhållsbehandling inte inledas om någon är intagen under LVM. Vårdplanering får dock inledas (4 kap. 4 § SOSFS 2004:8). Missbruksutredningen anser att denna begränsning är svår att förstå med tanke på att detta är en evidensbaserad behandling för personer med opiatberoende. LVM-vård kan för dessa personer vara direkt livsfarligt om de efter tvångsvården återfaller i missbruk och då tar sin vanliga dos, eftersom opioidtoleransen sjunker tämligen snabbt.

5.4.6 Samspelet med fortsatta vården fungerar dåligt

Enligt 30 § LVM ska kommunerna aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han eller hon får personligt stöd eller behandling för att komma ifrån sitt missbruk. Tidigare erfarenheter visar emellertid att det finns brister i den fortsatta vården och att tvångsinsatsen ofta inte fungerar som en del i en sammanhållen vårdkedja. Regeringens satsningar på missbruksvården under 2000-talet syftade bland annat till att förstärka vårdkedjan i alla dess delar, både i LVM-vården och i den fortsatta vård i frivillig form som ska följa på tvångsvården. Satsningarna gjordes inom ramen för två projekt; Vårdkedjeprojektet och Ett Kontrakt för livet (jfr avsnitt 5.2.2).

Båda dessa projekt har utvärderats och uppvisar positiva behandlingsresultat, dock med viss reservation för att utvärderingarna bygger på lågt deltagande (Gerdner och Berglund 2009). Projektet hade sammantaget 26 procent nyktra/missbruksfria under uppföljningsperioden (sex månader) jämfört med 9 procent i kontrollgrupperna. I sammanhanget kan också nämnas att ett EES-projekt (Eftervårds-Samordnare-Studie) bekräftar den fortsatta vårdens positiva effekter på behandlingsresultatet. Visserligen deltog endast 38 personer i denna studie, varav 35 kunde följas upp, men studien är samtidigt den enda randomiserade kontrollstudie som har gjorts rörande effekterna av eftervård inom LVM-området (Gerdner och Berglund 2009).

Att använda tvångsåtgärder mot någon är ett kraftigt intrång i den enskildes integritet. Ett beslut om ingripande måste därför föregås av noggranna överväganden och vården planeras så att tvångsinsatsen blir en del i en sammanhållen vårdkedja. För en framgångsrik behandling krävs inte bara behandlingsinsatser under LVM-vården, utan också en långsiktig och välplanerad fortsatt vård efter institutionsvården. De positiva behandlingsresultaten av ovanstående projekt och studie bekräftar enligt Missbruksutredningens mening vikten av att alla som underkastas tvångsvård ska erbjudas adekvat och för individen acceptabel fortsatt vård. Om inte LVM-vården följs upp med fortsatta insatser, kan det leda till att både ingripandet i sig och de utförda dyra vårdinsatserna blir av tveksamt värde. Den integritetskränkning som insatsen innebär uppvägs inte heller av någon etisk vinst.

5.5 Tre modeller – justera eller reformera

5.5.1 Tvång i undantagsfall

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.

Som framkommit av Missbruksutredningens avsiktsförklaring i avsnitt 1.1, är utredningens grundläggande utgångspunkt att missbruks- och beroendevården ska vara frivillig, i den mening att individer utifrån behov ska erbjudas vård och stöd som de kan samtycka till eller avböja. Vård utan samtycke ska endast ges i undantagsfall och under förutsättning att insatsen ingår som en länk i en sammanhängande vårdkedja för att motivera till fortsatt frivillig vård. Tvångsinsatser ska vidare tillgripas under kortast möjliga tid, ske i så öppna former som möjligt samt innebära att de mest effektiva metoderna tillämpas. Har samhället bestämt om en så integritetskränkande insats som tvång, anser utredningen att individen – som ett slags motprestation från samhällets sida – ska

erbjudas bästa möjliga och kunskapsbaserade vård- och behandlingsinsatser. Den enskildes rätt till stöd och insatser efter tvångsvården ska särskilt markeras i både LVM och SoL. Individens rätts-säkerhet måste givetvis också upprätthållas under tvångsvården.

5.5.2 Motiv för tre modeller

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. Forskningen har bland annat kunnat belysa orsakerna till missbruk och beroende samt sambanden mellan psykisk sjukdom och missbruk. Synsättet på missbruk har ändrats från ett mer moraliserande synsätt till en mer medicinsk sjukdomssyn. Effekter av tvångs-användning vid missbruk och beroende ifrågasätts på vissa håll, vilket bland annat medfört en ojämn tillämpning av LVM över landet. Detta ställer sammantaget krav på en flexibel lagstiftning inom hela missbruks- och beroendområdet, men kanske framför allt lagarna som reglerar tvångsvård, det vill säga LVM och LPT.

Enligt Missbruksutredningens mening är dessa, tämligen detaljerade, tvångslagar inte tillräckligt anpassade efter dagens förhållanden. Som tidigare framgått trädde nuvarande obligatoriska LVM i kraft den 1 januari 1989. Lagen har sedan dess inte reviderats i någon större omfattning och bygger i mångt och mycket på synsätt och förhållandena som rådde under 1960- och 70-talen. LPT har visserligen utvecklats mot mer öppna former av tvångsvård, men behöver anpassas till det faktum att många personer med psykisk sjukdom som vårdas med stöd av lagen också har ett missbruk eller beroende. Samtidigt får personer med samsjuklighet inte sina behov tillgodosedda inom vare sig LVM-vård eller LPT-vård. De sammantagna bristerna medför att tvångsvårdens legitimitet äventyras och att möjligheterna till rehabilitering försvagas.

Missbruksutredningen anser mot denna bakgrund att LVM och LPT bör ses över och anpassas till utvecklingen inom området. Det är angeläget att så många som möjligt får komma till tals om hur de framtida bestämmelserna ska utformas. För att stimulera till en sådan bred debatt presenterar utredningen tre alternativa lösningar eller modeller. Enligt utredningen är alla tre modeller möjliga som nästa utvecklingssteg i Sverige när det gäller användning av tvångs-

vård vid missbruks- eller beroendeproblem. Modellerna är olika långtgående i förhållande till dagens system och löser också dagens problem något olika. Utredningen vill därför före sitt ställningstagande om lämpligaste framtida lagreglering få en så allsidig belysning som möjligt. Förhoppningen är att debatten kommer att bidra till detta inför utredningens fortsatta arbete och slutbetänkande.

Modellerna redovisas utan någon inbördes prioritet men utifrån minst till mest ingripande förändring. För att underlätta jämförelsen presenteras modellerna i samma struktur där först de viktigaste motiven till respektive modell presenteras. Därefter redovisas vad modellerna innebär i korthet. Slutligen pekas på tänkbara för- och nackdelar som finns med varje modell. Utredningens ställningstaganden och val av modell kommer att göras mot bakgrund av remissutfallet. Modellerna är inte ömsesidigt uteslutande. Den slutliga utformningen kan också resultera i en kombination av olika delar i modellerna.

Observera att några färdiga lagförslag inte presenteras i promemorian. Utredningen har inte kostnadsberäknat modellerna och utvecklar inte heller hur respektive modell ska finansieras. Utgångspunkten är dock att förändrat ansvar ska åtföljas av förändrad finansiering. Modellerna i detta avsnitt ska ses som fristående från de tidigare presenterade lösningarna kring huvudmännens ansvar för frivilliga insatser, även om de i praktiken naturligtvis har samband.

5.5.3 Modell 1: Förstärkt vårdkedja för individen

Utredningens bedömning: LVM bör vara kvar men justeras för att stärka individens ställning och få till stånd en effektivare vårdkedja.

Specialindikationerna (skadeindikation) ändras så att LVM endast ska kunna ges till skydd för den enskilde personen med missbruksproblem. Individen får en uttrycklig rätt till kvalificerad utredning, vård och behandling under tvångsvården. Hans eller hennes rätt till stöd och behövliga insatser efter tvångsvården förtydligas i LVM och SoL. Socialnämnden beslutar om utskrivning från LVM-vård för att förtydliga kommunens ansvar för den enskilde både under tvångsvården och efteråt.

Rekvisiten i övrigt för beredande av vård, vårdtidens längd, huvudmannaskap, domstolsprövning etc. lämnas oförändrade.

Motiv för modellen

LVM behöver vara kvar eftersom erfarenheterna visar att det i vissa fall är svårt att motivera personer med missbruk till vård och behandling under frivilliga former. En missbruksvård som bygger på total frivillighet eller begränsar tvångsinsatserna till akuta livräddningsaktioner, kan på sikt leda till att personer med långvarigt men inte akut direkt livshotande missbruk och svag motivation till att ta emot vård riskerar att gå under. Huvudsyftet med LVM är att avbryta det allvarliga missbruket och motivera till fortsatt frivillig vård samt en mer långsiktig rehabilitering. Motivationsarbetet i dessa fall kräver i regel långvariga insatser. Tvång behövs därför som en yttre ram under hela, eller åtminstone större delen av behandlingsförloppet, för att hålla den enskilde kvar när motivationen sviktar.

Enligt Missbruksutredningens initierade kartläggning av tvångsvårdens effekt och kvalitet, ökar en tvångsinsats i början av vården förutsättningar för att vård ska ges och fullföljas. Ett beslut om tvångsvård kan också medföra att den fortsatta vården i större utsträckning fullföljs. Resultatet av vård och eftervård som ges under tvång är lika bra eller bättre än utfall av motsvarande frivillig vård för motsvarande patientgrupper (Gerdner och Berglund 2009). Av utredningens internationella utblick framgår också att tvångslagstiftning som möjliggör vård av vuxna personer med allvarligt missbruk inte är unik för svenska förhållanden.

Mot denna bakgrund anser Missbruksutredningen att LVM bör vara kvar som ett komplement till de frivilliga insatser som kan beviljas enligt SoL och HSL. Vissa justeringar behöver dock göras inom dagens lagstiftning för att komma till rätta med de problem som utredningen har beskrivit i avsnitt 5.4. Det innebär dels att förbättra den enskilde individens ställning genom tillgång till behövliga vårdinsatser både under och efter tvångstiden, dels överbygga övergången mellan tvångsinsatsen och frivilliga insatser.

Modellens innebörd

Modellen innebär följande fyra justeringar inom ramen för dagens lagstiftning.

För att en person ska få vård utan eget samtycke enligt nuvarande regler måste generalindikationen (fortgående missbruk) och minst en specialindikation vara uppfyllda. En av specialindikationerna – skadeindikationen – anger att personen med missbruk kan befaras att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Från början var detta närståendeskydd tänkt som en övergångslösning i avvaktan på översyn av vissa regler i brottsbalken, som inte ansågs tillräckliga för att skydda anhöriga från befarat våld från personen med missbruksproblem (prop. 1981/82:8 s. 44).

Missbruksutredningen anser att det finns anledning att överväga om indikationen, som således fortfarande är kvar, hör hemma i en lagstiftning som primärt har till syfte att ge vård till personer med missbruksproblem. Att skydda andra är en angelägen uppgift men det kan ifrågasättas om den ryms inom den moralfilosofiska legitimering av vårdtvång som vanligen åberopas, nämligen att samhället träder in när individens egen vilja och förmåga att fatta de bästa besluten (tillfälligt) har försvagats av psykisk sjukdom eller drogers inverkan. Skyddet för andra och för samhället i stort bör enligt detta synsätt regleras på annat sätt än via vårdtvång, som alltså exklusivt bör motiveras med omsorgen om den enskilde.

Enligt uppgifter från Statens institutionsstyrelse används indikationen i dag sällan som ensam grund för LVM-ansökningarna. Även om ändringen således inte får några större praktiska effekter, anser utredningen att det är en viktig markering på vilka grunder som samhället kan ingripa med vårdtvång mot personer med missbruks- eller beroendeproblem. Med så lång vårdtid som sex månader får det inte vara någon tvekan om att syftet endast är att skydda den enskilda individen och motivera honom eller henne till frivillig vård. Övriga skyddsaspekter får lösas i annan lagstiftning, exempelvis brottsbalken. Den första justeringen innebär därför att utformningen av skadeindikationen ändras så att det endast är möjligt att ingripa till skydd för den enskilde individen och inte till skydd för närstående. I detta sammanhang kan påpekas att utredningen återkommer i slutbetänkande hur familjens och närståendes roll kan stärkas inom tvångsvården.

Vården enligt LVM syftar till att genom behövliga insatser motivera till fortsatt behandling i frivilliga former. Lagen förtydli-

gades för några år sedan för att markera att behandlingsinsatser kan komma i fråga (prop. 2004/05:123 s. 35). Trots detta finns det brister både när det gäller utredningar och vård- och behandlingsinsatser. Enligt uppgifter från Statens institutionsstyrelse har utvecklingen de senaste 15 åren gått mot allt sjukare klienter med allt större behov av medicinska insatser, både somatiska och psykiatriska. Även kartläggningar inom utredningen visar att många personer med missbruksproblem också har psykisk sjukdom. Såsom tidigare framgått har mellan 40–60 procent av de LVM-intagna tidigare vårdats inom psykiatrin utan att alltid ha blivit psykiatriskt utredda, varken inom psykiatrin eller inom LVM-vården.

Inom Statens institutionsstyrelse har de senaste åren ett utvecklingsarbete vidtagits som har förbättrat utredningsmöjligheter inom det sociala området. Däremot finns det brister när det gäller hälso- och sjukvårdens medicinska/psykiatriska utredningar. LVM-hemmen erbjuder också mer hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive vissa psykiatriska insatser, som ligger inom landstingets ansvarsområde. Detta är dock enligt utredningen inte tillräckligt för att tillgodose behovet av somatiska och psykiatriska insatser hos personer som är intagna enligt LVM. Nuvarande begränsning om att läkemedelsassisterad behandling inte får inledas under LVM-vård, medför vidare problem i vårdkedjan för personer med opiatberende.

Som framgått av utredningens utgångspunkter för vård utan samtycke (avsnitt 5.5.1), ska samhället under tvångsvården erbjuda bästa möjliga och kunskapsbaserade vård- och behandlingsinsatser. Den andra justeringen innebär därför att en person med missbruksproblem som får vård enligt LVM ska få bättre tillgång till nödvändig utredning, inklusive psykiatrisk sådan, samt behövliga vård- och behandlingsinsatser. Givetvis ska det också ges möjlighet att påbörja en läkemedelsassisterad behandling redan under tvångsvården om det behövs i det enskilda fallet. Utredningen återkommer i huvudbetänkandet hur det bör organiseras.

Den tredje justeringen innebär att reglerna för utskrivning ändras så att socialnämnden ska besluta om utskrivning från LVM-vård. Tvångsvården enligt LVM ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader. Statens institutionsstyrelse beslutar enligt nuvarande regler om intagning i och om utskrivning från ett LVM-hem. I praktiken är det oftast föreståndaren för LVM-hemmet som fattar ett sådant

beslut. Missbruksutredningen anser att denna ordning försämrar förutsättningarna för kommunen att känna ansvar för den fortsatta vården, särskilt om den enskilde vistas i ett LVM-hem långt bort från sin hemkommun. Ändrade utskrivningsregler signalerar tydligare att kommunen har kvar sitt ansvar under LVM-placeringen och för insatserna efteråt. Därmed ökar chanserna för att frivilliga insatser och LVM-vården kan "kugga in" i en effektiv vårdkedja. Socialnämnden ska givetvis höra Statens institutionsstyrelsens uppfattning innan nämnden beslutar om utskrivning.

Utredningen vill i detta sammanhang poängtera att Modell 1 innebär att LVM är kvar i sin obligatoriska form. Kommunerna är således skyldiga att ansöka om vård enligt lagen om förutsättningarna är uppfyllda. Därmed är de också skyldiga att låta vården fortgå så länge som lagens förutsättningar är uppfyllda. Motsvarande ordning med utskrivningsregler finns redan beträffande socialnämndens ansvar för barn och unga som vårdas med stöd av LVU. Enligt 21 § LVU ska nämnden i sådana ärenden besluta när tvångsvården ska upphöra.

Enligt 30 § LVM ska kommunerna aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han eller hon får personligt stöd eller behandling för att komma ifrån sitt missbruk. Trots denna bestämmelse visar erfarenheterna att det finns betydande brister i den fortsatta vården efter LVM-vården. För att LVM-vård ska ingå i en väl sammanhållen vårdkedja måste den enskilde också garanteras fortsatt vård. De utvärderingar som har gjorts av bland annat Vårdkedjeprojektet och Ett kontrakt för livet, visar att de bästa resultaten av tvångsvården finns i de fall den enskilde har fått fortsatt vård efter institutionsvistelsen eller behandlingsinsatsen. Den enskildes rätt till fortsatt vård bör enligt Missbruksutredningen uttryckligen lagregleras i LVM och inte vara beroende av eventuella pågående projekt. Den fjärde justeringen innebär således att den enskilde personen efter tvångsvården får en uttrycklig rätt till långsiktig och välplanerad fortsatt vård som utformas i samråd med honom eller henne.

LVM ska därför förtydligas så att socialnämnden inte bara *aktivt ska verka för* utan *ska se till* att nödvändiga insatser kommer till stånd. Förändringen kan uppfattas som ett långtgående ingrepp på det kommunala självstyret. Denna invändning väger dock inte lika tungt som vikten av att lagstiftningen är tydlig när det gäller insatser till personer som är så utsatta att de har fått vård för sina miss-

bruksproblem utan eget samtycke. Även i SoL bör det förtydligas att socialnämnden har ett ansvar att tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas efter en tvångsplacering enligt LVM. Liknande reglering finns i 5 kap. 1 § SoL när det gäller socialnämndens ansvar för barn och unga som har fått vård och fostran utanför det egna hemmet.

Utöver dessa fyra justeringar innebär Modell 1 att LVM i övrigt gäller oförändrad när det gäller beredande av vård, vårdtidens längd, domstolsprövning etc. Staten genom Statens institutionsstyrelse ska även fortsättningsvis utföra den vård som bedrivs vid LVM-hemmen.

Tänkbara för- och nackdelar med modellen

Justeringar inom ramen för nuvarande LVM innebär en bättre ställning för den enskilde individen genom en förstärkt vårdkedja. Det blir en tydligare markering för honom eller henne att LVM är en vårdlag och att samhället erbjuder bättre möjligheter till psykiatrisk utredning samt kunskapsbaserad vård och behandlingsinsatser både under LVM-vården och i den fortsatta vården. Socialnämndens ansvar under hela vårdkedjan förtydligas genom ändrade utskrivningsregler.

En tänkbar nackdel är att sex månader är en lång tid att vårda en vuxen person utan hans eller hennes samtycke. Även om syftet motiveras utifrån omsorg om den enskilde, kan tvångsinsatsen upplevas som starkt kränkande av honom eller henne. Det är också enligt Missbruksutredningen svårt att visa på några säkra belegg för bättre effekter med lång vårdtid i slutna form (institutionsvård). En annan nackdel är att LVM-vård är en dyr insats för framför allt mindre kommuner.

5.5.4 Modell 2: Öppen tvångsvård med särskilda villkor

Utredningens bedömning: Nuvarande LVM bör anpassas till ökade möjligheter till öppen tvångsvård och med flexibla vårdtider.

Vårdtiden på LVM-hem (sluten tvångsvård) får pågå högst fyra veckor efter ansökan hos länsrätten. Socialnämnden kan ansöka om förlängning av vården, antingen som slutna tvångs-

vård eller som öppen tvångsvård med särskilda villkor. Till ansökan om öppen tvångsvård ska bifogas en samordnad vårdplan som görs i samråd med socialtjänsten, hälso- och sjukvården, den enskilde och i vissa fall den närstående.

Om den enskilde bryter mot de särskilda villkor kan socialnämnden ansöka att den öppna tvångsvården ska fortsätta som sluten tvångsvård på ett LVM-hem om lagens förutsättningar fortfarande är uppfyllda. Socialnämnden ska kontinuerligt pröva förutsättningar för tvångsvård och besluta om utskrivning när vårdens syfte är uppnått. Den sammanlagda vårdtiden får inte överskrida sex månader.

Den enskilde individen har samma rätt till utredning, vård och fortsatt vård som i Modell 1.

Motiv för modellen

LVM behöver vara kvar men formen för vården och vårdtidens längd bör göras mer flexibla och individanpassade. Som framgått av Missbruksutredningens initierade kartläggning av tvångsvårdens effekt och kvalitet ökar en tvångsinsats i början av vården förutsättningar för att vård ska ges och fullföljas (Gerdner och Berglund 2009). Däremot saknas, såvitt Missbruksutredningen kan bedöma, evidens för att lång tvångsvård i sluten form ger bättre effekter än vård i öppnare former. Nämda kartläggning pekar på en oroväckande trend där LVM-vården i allt större utsträckning bedrivs på låsta avdelningar. Från att ha varit en verksamhet där låsta platser var undantag som endast användes vid särskilda behov, har vistelsen på låst avdelning numera blivit den dominerande formen för LVM-vården (Gerdner och Berglund 2009).

Missbruksutredningens utgångspunkt är att vårdtiderna som ges utan den enskildes samtycke ska hållas så korta som möjligt och tvångsvården ges i så öppna former som möjligt. Det självklara målet är ett minimum av integritetskränkning, även om det ligger i sakens natur att en person känner sig kränkt av ett tvångsomhändertagande. Inom det psykiatriska tvångsområdet har det skett en anpassning av lagstiftning till den utveckling mot starkt begränsad tvångsvård som ägt rum inom psykiatrin. LPT har kompletterats med möjligheter till öppen psykiatrisk tvångsvård, vilket bland annat har medfört att den genomsnittliga vårdtiden på slutenvårds-

avdelning har sjunkit. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen används öppenvårdsformen i stor utsträckning.

Missbruksutredningen anser mot denna bakgrund att LVM bör reformeras med det psykiatriska tvångsområdet som förebild och att det införs en vårdform – öppen tvångsvård enligt LVM. Avsikten är att den nya vårdformen ska kunna omfatta de personer som behöver följa en viss behandling eller iaktta andra särskilda villkor för att kunna ges nödvändig vård för sitt missbruk. Syftet är att bättre kunna anpassa nivån på tvångsingripandet till varje enskild persons behov. Målsättningen är att en person därmed inte ska behöva riskera att utsättas för en större integritetskränkning än vad som är absolut nödvändigt för att kunna ge honom eller henne vård för sitt missbruk.

Modellens innebörd

Modell 2 innebär inledningsvis att grunderna för vård enligt LVM är oförändrade. Det krävs således även i fortsättningen att generalindikationen och minst en specialindikation är uppfyllda för att tvångsvård ska komma i fråga (jfr avsnitt 5.3.1). Även syftet med vården är oförändrat, det vill säga vården ska syfta till att genom behövliga insatser motivera personen med missbruksproblem 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. Anser socialnämnden efter utredning att det finns skäl att bereda någon tvångsvård, ska nämnden ansöka om sådan vård hos länsrätten.

Den stora förändringen i förhållande till dagens LVM är att vården ska inledas som slutentvångsvård på sjukhus och/eller ett LVM-hem under högst fyra veckor. Uppgifter från Statens institutionsstyrelse visar att personer som uppfyller förutsättningar för vård enligt LVM, i regel är i mycket dålig fysisk och/eller psykisk kondition. Utredningen bedömer därför att den tiden på ett LVM-hem är nödvändig för att ge den enskilde behövliga, ofta akuta, insatser i form av exempelvis abstinensvård och omvårdnad. Vården kan som i dag inledas på sjukhus, om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt.

Om det fortfarande finns behov av tvångsvård efter den slutna tvångsvården ska socialnämnden ansöka hos länsrätten om förläng-

ning av vården enligt LVM. En förlängning av vården kan behövas för att exempelvis tillgodose den enskildes behov av nödvändiga utrednings- och vårdinsatser. I ansökan ska anges om vården enligt LVM bör fortsätta som sluten tvångsvård på ett LVM-hem eller ges som öppen tvångsvård med särskilda villkor.

Sluten tvångsvård ska omprövas kontinuerligt av socialnämnden och får pågå under högst sex månader. Om nämnden anser att förutsättningar finns för öppen tvångsvård, antingen efter den inledande vistelsen eller senare, ska nämnden ansöka om detta hos länsrätten. Till ansökan ska bifogas en samordnad vårdplan med särskilda villkor som den enskilde ska följa. Vårdplanen ska innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, beslut om insatser samt vilken enhet vid landsting eller kommunen som svarar för respektive insats. Även åtgärder som eventuellt ska vidtas av andra än landstinget eller kommunen ska anges i vårdplanen. Det ska även framgå vilka beslut om frivilliga insatser som har fattats för att tillgodose den enskildes behov. Socialnämnden ansvarar för att det görs en vårdplan men planeringen ska ske i samråd med hälso- och sjukvården och den enskilde. Om det inte är olämpligt och patienten inte motsätter sig detta, bör också samråd ske med patientens närstående. Saknas en vårdplanering kan länsrätten inte bevilja ansökan om öppen tvångsvård.

Exempel på särskilda villkor som kan förskrivas för öppen tvångsvård är krav på drogfrihet verifierad genom till exempel urinprov, fortsatt vård under övervakning på annan institution eller i öppenvård. Förutsättning för öppen tvångsvård ska prövas kontinuerligt av socialnämnden. Vården får sammanlagt pågå längst sex månader, inklusive sluten tvångsvårdstid. Om socialnämnden anser att den öppna tvångsvården bör fortsätta som slutenvård på LVM-hem, exempelvis för att den enskilde har brutit mot de särskilda villkoren, ska nämnden lämna in en sådan ansökan till länsrätten. Förutsättningen är att den sammanlagda vårdtiden inte överskridits. Givetvis ska även lagens förutsättningar i övrigt vara uppfyllda.

Redan i dag finns möjlighet enligt 27 § LVM att låta den enskilde vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Statens institutionsstyrelse beslutar om sådan vård medan socialnämnden ska se till att vården ordnas. Avsikten med denna bestämmelse är att underlätta övergången till den fortsatta frivilliga vården. Målet är att en sådan placering ska ske inom tre månader.

Missbruksutredningens kartläggning av tvångsvårdens effekt och kvalitet visar emellertid att flertalet personer som placeras enligt 27 § LVM, placeras i det egna hemmet och utan några öppenvårdsinsatser (Gerdner och Berglund 2009). Det innebär att placeringen i praktiken endast fungerar som en slags försöksutskrivning och inte som ett verktyg för att främja övergång till fortsatt frivillig vård. Den föreslagna modellen innebär att öppen tvångsvård måste kombineras med särskilda villkor om exempelvis öppenvårdsinsatser. I den samordnade vårdplanen ska också vid behov ingå insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, vilket innebär att den enskildes vårdbehov bättre tillgodoses.

När det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård enligt LVM – varken i slutet eller i öppen form – ska socialnämnden besluta om utskrivning. Vården ska alltid upphöra senast när den har pågått i sex månader. Vården anses påbörjad när personen inställt sig vid eller förts till ett LVM-hem eller sjukhus. Vården i slutet form ska bedrivas på LVM-hem under Statens institutionsstyrelses regi.

Den enskilde ska i denna modell ha samma rätt till utredning, vård och fortsatt vård som i Modell 1. Lagens bestämmelser är i övrigt oförändrade när det gäller exempelvis den enskildes rätt till offentligt biträde, överklagningsmöjligheter etc.

Tänkbara för- och nackdelar med modellen

En tänkbar fördel är att slutet tvångsvård kan bli mer koncentrerad till akuta, livräddande insatser. Möjlighet att få öppen tvångsvård med särskilda villkor bör minska individens upplevelse av integritetskränkning. Han eller hon kan lättare bli motiverade till vård för sitt missbruk, vilket gynnar en individanpassad utslussning till frivilliga insatser enligt SoL. Boendet under tvångsvården kan bli flexiblere, vilket bland annat medför att insatserna lättare kan integreras i hemmiljön om personen inte behöver åka till ett LVM-hem långt från hemkommunen. Kravet på särskilda villkor innebär inte bara placering i det egna hemmet utan avser också planerade insatser, exempelvis öppenvårdsinsatser, vilket främjar övergång till fortsatt frivillig vård. En samordnad vårdplan kan också gynna samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

En tänkbar nackdel med modellen kan vara att det totala antalet tvångsingripanden kan befaras öka om det blir en "light-modell" av tvång. Utredningen vill här poängtera att modellen inte avser att luckra upp själva förutsättningarna för vården. Det ska även i fortsättningen handla om undantagssituationer. En annan nackdel är att en tid om högst fyra veckor i slutet tvångsvård kanske inte räcker för att genomföra nödvändig psykologisk eller psykiatrisk utredning. Om kommunerna i stor utsträckning väljer att inte ansöka om fortsatt vård, varken i slutet eller öppen tvångsvård, kommer LVM i praktiken att användas som ett medel för abstinensbehandling, och inte som en led i en sammanhållen vårdkedja. Detta kan särskilt komma att missgynna kvinnor med missbruksproblem eftersom de ofta befinner sig i mer utsatt situation än män med missbruksproblem. Forskning om behandling av kvinnor med missbruksproblem visar att kvinnor kan ha specifika behov som behöver beaktas i missbruksbehandlingen (jfr exempelvis De Wilde och Trulsson 2006). En annan tänkbar nackdel är att införandet av särskilda villkor kan upplevas negativt av den enskilde. Användning av sådana villkor inom det psykiatriska tvångsområdet har bland annat kritiserats för att i vissa fall vara för rigoröst utformade.

5.5.5 Modell 3: LVM upphävs och LPT utvidgas

Utredningens bedömning: LVM bör upphävas. Den medicinska indikationen för vård enligt LPT – allvarlig psykisk störning – utvidgas till att omfatta allvarligare former av beroende av psykoaktiva substanser eller akut missbruk som behöver hävas.

Bestämmelserna i LPT gäller i övrigt med krav på oundgängligt behov av slutenvård, beslut om intagning, vård i öppna former, tvångstider, utskrivning, prövning i domstol etc.

Utredningen återkommer med förslag om förstärkning inom den frivilliga missbruks- och beroendevården samt hur den psykiatriska tvångsvården ska rustas att möta behov hos personer med missbruk och beroende.

Motiv för modellen

I Sverige har vi definierat missbruk och beroende som huvudsakligen ett socialt problem, som socialtjänsten har ett särskilt ansvar för. Tvångsvård av vuxna personer med missbruksproblem ges inom det sociala området med stöd av LVM. Som framgått av utredningens internationella utblick innebär denna lösning att Sverige skiljer sig från exempelvis våra nordiska grannländer. Danmark och Finland har visserligen sådan lagstiftning inom socialtjänsten men tillämpar den inte alls eller i begränsad omfattning. I Norge ligger tvångslagstiftningen helt inom Socialtjenstloven men själva vården utförs av hälso- och sjukvården.

Frågan om vuxna personer med missbruksproblem endast ska beredas tvångsvård inom det medicinska regelverket är inte ny i Sverige och framfördes redan av Socialutredningen under 1970-talet (jfr avsnitt 5.2.1). Socialutredningens ursprungliga förslag var att en person som var beroende av alkohol eller narkotika under högst fyra veckor skulle kunna beredas vård med stöd av dåvarande LSPV (Ds S 1978:8). Tiden skulle möjliggöra avgiftning och psykiatrisk vård, men begränsas till att möta det akuta hjälpbehovet i situationer av allvarlig fara för liv och hälsa. Syftet med vårddagen var att försätta den enskilde i sådan fysisk och psykisk kondition att han eller hon kunde motiveras för fortsatt vård i frivilliga former. Som framgått i den historiska tillbakablicken anslöt sig även regeringen till Socialutredningens förslag. Socialutskottet avsåg dock förslaget bland annat med hänvisning till att det krävdes en bred politisk samsyn i frågan.

Missbruksutredningen anser att det nu är dags att ompröva frågan om hur personer med missbruk eller beroende ska beredas tvångsvård. Utvecklingen har enligt utredningen gått mot ett synsätt att missbruk av psykoaktiva substanser, som har lett till beroende, initialt kräver medicinska insatser som bör behandlas inom hälso- och sjukvårdens område, även om personen i fråga också kan ha behov av psykosociala insatser. Ett sådant synsätt innebär inte att man bortser från den sociala snedrekrytering som finns till gruppen av personer med missbruk eller beroende. Att sociala faktorer i kombination med biologiska bidrar till orsakerna, betyder dock inte att det bästa omhändertagandet av de uppstådda problemen är sociala insatser.

En renodling av motiven för tvångsvård till att vara för individens bästa innebär bland annat att den medicinska indikationen

förtydligas. Då bör också den organisation inom vars kompetensområde de medicinska bedömningarna görs, vara utförare och bedömare av denna typ av tvång. Att utföra vård under tvång är en grannliga uppgift som kräver specialkompetens. Det innebär fördelar om denna kompetens samlas inom en organisation och under en lagstiftning. Utredningens kartläggningar visar vidare att allt fler personer som vårdas med stöd av LVM har samsjuklighet i form av både missbruk och psykisk sjukdom. Deras totala vårdbehov tillgodoses inte inom dagens system.

Missbruksutredningen anser mot denna bakgrund att LVM bör upphävas. En person som har allvarliga former av beroende av psykoaktiva substanser eller akut missbruk som behöver hävas, ska i stället under vissa förutsättningar kunna ges insatser utan samtycke med stöd av LPT. I detta sammanhang kan tilläggas att om ansökningarna enligt dagens LVM fortsätter att minska i samma takt, kommer lagen snart att ha spelat ut sin roll oavsett den föreslagna modellen. Saknas då möjlighet att ge nödvändiga tvångsinsatser enligt LPT, riskerar personer som annars skulle ha fått LVM-vård att stå utan hjälp i akuta livshotande situationer.

Modellens innebörd

Modellen innebär inledningsvis att LVM upphävs. Personer med allvarliga former av beroende av psykoaktiva substanser eller akut missbruk som behöver hävas, ska i stället under vissa förutsättningar kunna ges insatser utan samtycke enligt LPT.

En grundläggande förutsättning för vård enligt LPT är att den enskilde lider av en allvarlig psykisk störning. Begreppet allvarlig psykisk störning infördes i LPT när lagen 1992 ersatte dåvarande LSPV. Av förarbetena framgår att till allvarlig psykisk störning bör i första hand räknas tillstånd av psykotisk karaktär, exempelvis tillstånd med hallucinationer och andra tecken på allvarligt störd verklighetsuppfattning. Till allvarlig psykisk störning bör också räknas så kallade organiska psykoser som alkoholpsykoser, delirium, tremens, alkoholhallucinos och vissa tillstånd vid demens. Detsamma gäller de psykoser som kan drabba personer som missbrukar narkotika. Även i andra situationer när en person med missbruksproblem har kommit in i ett allvarligt förvirringstillstånd, och det är uppenbar fara för hans eller hennes fysiska hälsa eller liv, ska tvångsvård enligt LPT kunna tillämpas enligt förarbetena (prop.

1990/91:58 s. 86). I vissa fall kan vidare ett abstinensstillstånd vara av så svår art att det under en kortare tid måste betecknas som allvarlig psykisk störning. Samtidigt betonas i förarbetena att ett allvarligt missbruk som leder enbart till kroppsliga komplikationer inte ska kunna medföra psykiatrisk tvångsvård.

Tvångsvård enligt LPT omfattar således redan i dag fall av akuta missbruksrelaterade tillstånd som behöver hävas, exempelvis vid drogpsykos. Som framgått i avsnitt 5.4.1 var det en viss dag under 2008 drygt 30 personer som hade missbruksrelaterad huvuddiagnos vid intagningen enligt LPT medan så många som 314 personer hade aktuellt missbruksproblem vid intagningen, det vill säga betydligt fler än de som vårdas enligt LVM. Beroendetillstånd ingår visserligen bland gruppen psykiska störningar (F10-19) men omfattas inte av dagens definition av allvarlig psykisk störning. Utredningens förslag att även allvarliga former av beroendetillstånd av psykoaktiva substanser ska kunna tvångsvårdas enligt LPT, medför därför att begreppet allvarlig psykisk störning måste utvidgas till att omfatta dessa tillstånd. Hur en sådan utvidgning ska formuleras i detalj återkommer utredningen till i sitt slutbetänkande, under förutsättning av att Modell 3 blir aktuell att utveckla närmare. I sammanhanget kan påpekas att Missbruksutredningen för närvarande samråder med Psykiatrilagsutredningen om förutsättningarna för en sådan utvidgning. Psykiatrilagsutredningen har bland annat i uppdrag att utreda vilka förutsättningar som ska gälla för intagning till psykiatrisk tvångsvård.⁸

Modell 3 innebär vidare att rekvisiten i LPT gäller i övrigt beträffande förutsättningar för slutet respektive öppen psykiatrisk tvångsvård, vårdtider, intagning och utskrivning, domstolsprövning etc. Det innebär att en ytterligare förutsättning för vård enligt lagen är att den enskilde – som uppfyller kraven på allvarlig psykisk störning – på grund av sitt tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk vård). Vid bedömning av patientens vårdbehov ska också beaktas om han eller hon till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Det krävs vidare att patienten motsätter sig sjukhusvården eller att det till följd av hans eller hennes

⁸ Jfr dir. 2008:93.

psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med erforderligt samtycke.

Modellen innebär inte heller några förändringar när det gäller förutsättningar för den öppna vårdformen, vilket innebär att tvångsvården alltid måste inledas på en sjukvårdsinrättning. Vårdformen kan därefter anpassas till varje patients individuella behov och insatser och förutsätter ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Modellen innebär att landstinget ensamt blir ansvarig för tvångsvården, men för vård i öppen form krävs en samordnad vårdplan som är justerad av landstinget och kommunen.

Tvångsvårdtiden enligt LPT är till skillnad från LVM-vård inte tidsbegränsad men förutsätter upprepad domstolsprövning av behovet av fortsatt tvångsvård. Av Socialstyrelsens endagsinventering från den 8 maj 2008 framgår att den genomsnittliga vårdtiden enligt LVM för män var åtta månader medan motsvarande tid för kvinnor var fem månader. Cirka hälften av patienterna hade en vårdtid under tre månader. (Socialstyrelsen 2008b). Missbruksutredningens kartläggning av tvångsvårdens effekt och kvalitet omfattar bland annat en analys av vårdtiden för personer som har omhändertagits enligt LPT med missbruksrelaterad huvuddiagnos. Den visar att medianen ligger på närmare två månader medan genomsnittstiden är på åtta månader, alltså längre tid än den högsta tillåtna vårdtiden enligt LVM (Gerdner och Berglund 2009). Det bör dock observeras att den nya öppna vårdformen inom LPT infördes efter ovanstående endagsinventering och att denna förändring kan ha påverkat den genomsnittliga vårdtidens längd. Missbruksutredningen har övervägt om vården som huvudsakligen motiveras utifrån patientens missbruk eller beroende ska tidsbegränsas, men funnit att en sådan prövning bör överlåtas till chefsöverläkaren och domstolarna. Utredningens egen bedömning är att användningen av LPT vid avsedda fall av missbruks- eller beroendetillstånd kommer att medföra en ökad betoning på akuta omhändertagande, medan exempelvis långvariga motivationsbehandlingar får ske i frivilliga former.

Syftet med tvångsvården enligt LPT är att få personen i sådant fysiskt eller psykiskt skick att han eller hon har realistiska möjligheter att ta ställning till erbjudna behandlingsinsatser, inte att hålla kvar personen för att säkerställa genomförandet av motivationsarbetet. Det innebär att personer med sådant missbruk eller beroende som beskrivits ovan, efter den akuta vårdtiden enligt LPT,

kommer att behöva ytterligare motivations- och behandlingsinsatser. Modellen förutsätter därför en utbyggnad av den frivilliga missbruks- och beroendevården, både inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvarsområden. Utredningen återkommer i sitt slutbetänkande med förslag hur individens ställning kan stärkas inom missbruks- och beroendevården med bland annat bättre tillgänglighet till kunskapsbaserade vård- och behandlingsinsatser. Modellen förutsätter vidare att den psykiatriska tvångsvården rustas att möta behoven hos personer med missbruks- och beroendetillstånd. Även här återkommer utredningen med förslag i sitt slutbetänkande, bland annat hur kompetensen inom området kan stärkas. Förstärkningar inom den psykiatriska tvångsvården bör för övrigt enligt Missbruksutredningen ske oavsett val av modell med hänsyn till antal personer med missbruks- eller beroendeproblem som redan i dag vårdas med stöd av LPT.

Tänkbara för- och nackdelar med modellen

En tänkbar fördel med modellen är att den kan anses stämma bättre överens med synsättet att missbruk och beroende är medicinska tillstånd. Modellen stämmer också bättre överens med synsättet att missbruk och beroende har behov av medicinsk kompetens för att häva ett starkt beroende inledningsvis och för att bedöma personens psykiska tillstånd. Modellen ger vidare personer med opiatberoende klart större möjligheter till (frivillig) underhållsbehandling under tvångsvården. En annan tänkbar fördel med modellen är att tvångsvården enligt LPT kan bedrivas i öppna former med särskilda villkor, vilket kan minska individens upplevelse av integritetskränkning. Kostnaderna för tvångsvården kommer inte att belasta enskilda kommuner utan slås ut på ett större befolkningsunderlag inom ett landsting eller region. Riskerna minskar därför för att kommunerna, vid ställningstagande till om tvångsvård ska ges, väger in sina kostnader för vistelsen på LVM-hem.

En tänkbar nackdel är att tillämpningen av det psykiatriska tvånget kan komma att öka med en utvidgning av begreppet allvarlig psykisk störning. Det är svårt att överblicka hur många fler personer som kommer att uppfylla kriteriet för allvarliga former av beroende av psykoaktiva substanser. I linje med vad andra länder tillämpar, inklusive nordiska länder, så bör den angivna personkretsen vara förenlig med olika internationella rekommendationer,

principer och konventioner.⁹ Ett annat frågetecken är att det i dag saknas systematisk sammanställning om tvångsvård inom psykiatrin. Det gäller såväl kartläggningar av vilka som vårdas, som studier eller rapporter om innehåll och utfall (Gerdner och Berglund 2009). Som framgått kommer dock utredningen att återkomma med förslag hur området kan förstärkas med bland annat ökad kompetens inom missbruks- och beroendefrågor. Tvångsvård enligt LPT är till skillnad från LVM-vård inte tidsbegränsad. Även om den genomsnittliga vårdtiden enligt modellen förväntas vara en kortare tid, kan det i enstaka fall medföra längre vårdtid än sex månader som är den längsta möjliga vårdtiden enligt LVM.

⁹ Jfr bl.a. Europakonventionen om mänskliga rättigheter, FN:s principer för skydd av personer med psykisk störning och förbättring av psykiatrisk vård samt den så kallade Hawaideklarationen.

6 Det fortsatta arbetet

De nu presenterade frågorna är som framgått centrala för utredningens uppdrag och kommer också att påverka utformningen av lagarna inom missbruks- och beroendområdet. Utredningens ställningstagande och slutligt val av modell kommer att göras mot bakgrund av bland annat remissutfallet. Frågorna i diskussionspromemorian är dock på intet sätt heltäckande. Utredningen kommer dessutom att arbeta vidare med flera angelägna frågeställningar. Dessa presenteras i korthet i detta kapitel.

Vårdens kvalitet, kompetens och certifiering

Till detta område hör alla frågor om personalens kompetens och kompetensutveckling, liksom grundutbildningsfrågorna för till exempel socionom-, läkar-, psykolog- och sjuksköterskeprogrammen inom högskolan. Många som i dag är verksamma inom missbruksvården har relativt kort formell grundutbildning, vilket kan försvåra implementeringen av nya metoder. Olika alternativ för en förstärkt kvalificerad yrkesutbildning (KY) i efterutbildningsform kommer därför att övervägas inom utredningen. En särskild fråga är om utredningen ska verka för inrättandet av en för landet ny läkarspecialitet i beroendemedicin.

En grundförutsättning för utredningen är att lämna förslag som underlättar och befrämjar införandet av kunskapsbaserade metoder i missbruksvården. Utredningen kommer därför bland annat att fortlöpande inhämta information från projektet *Från kunskap till praktik* som SKL via ett avtal med regeringen arbetar med just detta syfte.

En särskild fråga rör läkemedelsassisterad behandling i form av substitutionsterapi vid opiatberoende (LARO). För just denna terapiform finns en ovanligt långtgående och detaljerad reglering, som hanteras av Socialstyrelsen och Läkemedelsverket

(SOSFS 2009:27). Utredningen avser pröva motiven för denna typ av särreglering, också med hänsyn till läckagerisken ur programmen, samt andra kända sidoeffekter. Tillgängligheten till LARO, kösituationen och uppföljningen av resultaten i programmen kommer även att beaktas.

Systematiska och jämförbara sätt att utreda, bedöma och dokumentera problematiken är en avgörande grund för att ackumulera kunskap om målgruppens behov. Av problemanalysen framgår att utvärderingar och effektmätningar av dagens såväl offentligt som privat utförda vård bör förbättras. Denna brist begränsar både den vårdsökandes och den beställande huvudmannens möjligheter att veta vilken behandling som erbjuds, och vilka resultat som kan förväntas. En systematisk och dokumenterad uppföljning ger möjligheter till jämförelser av utfall och utveckling, vilket kan kopplas till de tillämpade insatserna och metoderna. Data bör aggregeras i ett nationellt kvalitetsregister. Att vården på missbruksområdet tillämpar systematisk bedömning och uppföljning är en väsentlig aspekt av vårdkvalitet. Missbruksutredningen avser att lämna förslag som ökar användningen av systematisk bedömning, uppföljning, inrapportering till centralt register och återföring av informationen till användarna.

Dagens system för godkännande av exempelvis behandlingshem inriktas mot den fysiska miljön och föreståndarens utbildning. Den särskilde utredaren kommer därför att överväga förslag om certifiering av såväl offentligt som privat drivna vårdinrättningar, som vänder sig till personer med missbruk eller beroende. En sådan certifiering, som har fokus på behandlingsmetoder, kan avse vårdinrättningen som helhet eller enbart personalen, och kan bli en förutsättning för att få erbjuda vård och behandling på missbruksområdet.

En avgörande aspekt av vårdkvalitet är tillgängligheten till adekvat insats. Här har frågor om tid, närhet, kontinuitet och koordination betydelse. Dessa perspektiv kommer att utvecklas ytterligare med utgångspunkt i de ansvarsmodeller som beskrivits tidigare i denna promemoria.

Brukarinflytande, bättre bemötande, stigma

Bemötandefrågorna lyfts i många sammanhang fram som de viktigaste, inte minst från brukarorganisationernas sida. Bemötande sker på flera nivåer – man kan tala om ett bemötande på systemnivå, eller institutionellt bemötande, som ofta bestäms av faktorer utom den enskilde befattningshavarens kontroll. Naturligtvis framstår ett gott bemötande på individnivå som det allra mest avgörande. Bättre bemötande bör uppfattas som en träningsbar färdighet, och utredningen kommer att lämna förslag som ökar möjligheterna för personal av alla kategorier att träna sig i bättre bemötande. Särskilt krävande är det att ge ett gott och respektfullt bemötande vid vård som ges oberoende av individens samtycke.

Bemötandefrågan har ett intimt samband med brukarinflytande i vård, stöd och service. Trots omfattande viljeyttringar och avsiktsförklaringar i riktning mot att brukarinflytandet ska förstärkas i vårdsystemen, finns ännu i Sverige få eller inga tvingande mekanismer för att få detta till stånd. Missbruksutredningen kommer därför att pröva om det är lämpligt att införa någon typ av obligatoriskt samråd med brukare och närstående.

Attityden till personer med missbruk eller beroende är betydelsefull i många sammanhang. En negativ eller avvaktande attityd bland arbetsgivare, tjänstemän inom stat och kommun och förtroendevalda, liksom hos ”mannen eller kvinnan på gatan” är en tung börda som gör vägen till delaktighet i samhällslivet svår för många personer i målgruppen. Det är därför positivt att regeringen tagit initiativ till en rikstäckande satsning för att öka kunskapen om och förändra attityderna till psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) och Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), har utformat ett program som ska genomföras under 2010 och 2011 (Handisam hemsida). Situationen för personer med missbruk och beroende ingår i uppdraget. Missbruksutredningen kommer att följa arbetet och överväga förslag till förstärkta satsningar i syfte att minska stigmatisering och öka delaktigheten för personer med missbruk eller beroende.

Tidig identifikation, riskbruk, dolt missbruk

Tillgänglig kunskap talar för att en tidig insats vid begynnande problem är mer kostnadseffektiv och sparar lidande jämfört med insatser som kommer till stånd senare i processen. I dag missas många chanser att tidigt uppmärksamma en riskabel alkohol- eller annan droganvändning. Även personer med avancerat missbruk eller beroende får inte tillgång till rätt insatser. Som exempel kan nämnas att endast en mindre andel av alla personer med alkoholberoende i Sverige i dag är kända inom vårdsystemet och ännu färre erhåller adekvat behandling för sitt problem. Än mer påtagligt torde detta fenomen vara när det gäller olämplig användning av läkemedel. Missbruksutredningen kommer därför att ta ställning till ett antal idéer som skulle kunna förstärka identifikation och tidiga insatser vid missbruk eller beroende. Särskilt primärvårdens och företagshälsovårdens möjligheter att spela en aktiv roll i att uppmärksamma och intervensera vid ett riskabelt bruk av alkohol eller andra beroendeframkallande substanser kommer att prövas, utifrån vunna erfarenheter av det tidsbegränsade riskbruksprojektets resultat. Även socialtjänstens roll att uppmärksamma och intervensera vid riskbruk kommer att beaktas.

Samsjuklighet

Personer med samsjuklighet, det vill säga som vid sidan av missbruk också har en annan kroppslig eller psykisk sjukdom, har svårt hitta rätt i dagens vårdsystem. Denna grupp får i regel inte sina behov tillgodosedda även om det finns goda exempel på välfungerande lösningar. Som tidigare framgått beaktar Missbruksutredningen i hög grad detta problem vid utformningen av sina modeller. Utredningen kommer även att arbeta vidare med att peka på och lyfta fram goda exempel på verksamheter som förmår tillgodose behoven hos personer med samsjuklighet.

Barn och andra närstående

Missbruk och beroende har i många fall påtagliga sociala konsekvenser för den drabbade, likväl som för hans eller hennes barn och andra närstående. Missbruksutredningen kommer därför att beakta familje- och barnperspektivet vid utformningen av de slutliga

förslagen. Inte minst barnen i familjer där missbruk förekommer behöver uppmärksammas och garanteras ett fullgott stöd. Barn som föds av eller växer upp hos föräldrar med missbruksproblem behöver följas för att såväl psykosociala som somatiska följd effekter ska kunna uppmärksammas. Utredaren vill särskilt finna former för hur detta kan erbjudas över hela landet.

Kvinnor och män

Även kvinno- och mansperspektivet kommer att beaktas i det fortsatta utredningsarbetet. Missbruks- och beroendevården är inte könsneutral. Kvinnor med missbruk eller beroende finns ofta i en särskilt utsatt situation, och det kan vara nödvändigt att utforma vårderbjudanden som särskilt är anpassade för såväl kvinnor som män. Att stärka föräldrarollen för både män och kvinnor, och ge stöd för att genomföra en drogfri graviditet, är angelägna uppgifter för utredningen eftersom behoven för närvarande inte täcks över hela landet.

Olämplig läkemedelsanvändning och dopning

Kunskapsunderlaget både vad det gäller förekomst och användbara metoder för att hjälpa personer som använder dopningsmedel eller vanebildande läkemedel av lugnande och smärtstillande typ är bristfälligt. Olämplig användning av läkemedel har av allt att döma en påtaglig omfattning, varför detta problemområde förtjänar särskild uppmärksamhet. Gruppen som kan ha en problematisk läkemedelsanvändning har angivits vara så stor som upp emot 200.000 personer. Missbruksutredningen har därför tillsatt arbetsgrupper med uppdrag att sammanfatta kunskapsläget och lämna förslag till fortsatt utvecklingsarbete på såväl läkemedels- som dopningsområdena. Utredningens avsikt är att föreslå lämpliga organisatoriska lösningar för vård och stöd till dessa grupper.

Insatser för att begränsa skadeverkningarna av missbruk

Missbruksutredningens kartläggningsarbete hittills indikerar att så kallade skadebegränsande åtgärder (harm reduction) av olika slag kan vara en underutnyttjad strategi i Sverige. Utredningen kommer

närmare att analysera orsakerna till detta samt lämna förslag som innebär att insatser enligt denna strategi kan utnyttjas i större omfattning i hela landet.

Forskning och utvecklingsarbete

Inom detta område behövs förstärkning. Forskningsaktiviteten med relation till missbruk och beroende är hög, såväl inom biomedicinskt inriktad vetenskap som inom de socialvetenskapliga och psykologiska forskningsfälten. Forskningen bedrivs dock i alltför hög grad isolerat och det finns en brist på tvärvetenskapliga miljöer som inkorporerar ett flertal perspektiv. Den klientnära behandlingsforskningen är eftersatt i Sverige. Effekt- och effektivitetsfrågorna behöver ställas och besvaras. Det finns också behov av forskning med ett klientperspektiv som belyser upplevelseaspekterna för individerna av att till exempel ingå i ett behandlingsprogram. Missbruksutredningen avser lämna förslag till hur stimulans kan ges mot en utveckling i tvärvetenskaplig riktning, och för att stärka behandlingsforskningen på missbruksområdet.

Den epidemiologiska kunskapen om prevalensen och incidensen av alkohol och andra drogproblem i Sverige behöver också förstärkas. Det är enligt Missbruksutredningen otillfredsställande att angivna prevalenssiffror utgår från äldre material, alternativt är skattningar utifrån vårddata. Vårdsystemforskningen på området bör även stärkas, så att tydligare system för att beskriva struktur och process inom de olika vårdalternativen blir tillgängliga. Slutligen bör även tvångsvård vid missbruk belysas ur ett mångvetenskapligt perspektiv, såväl när det gäller effekter och effektivitet som frågor om etik och den enskildes upplevelser.

Referenser

- APA (2000). DSM-IV TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th. Edition.
- Armeliuss, B. Å. och Armeliuss, K. (2009). *En naturalistisk studie av 14000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index, ASI*. Rapport för Missbruksutredningen (S 2008:04).
- Brottsförebyggande rådet (2003). *Polisens insatser mot narkotikabrottsligheten – omfattning, karaktär och effekter*. Rapport 2003:12.
- Brottsförebyggande rådet (2009). *Misshandel mellan obekanta*. BRÅ rapport 2009:1.
- CAN, Centraförbundet för Alkohol- och Drogupplysning (2006). *Mönstrandets drogvanor 2006*. Rapport nr 105.
- CAN, Centraförbundet för Alkohol- och Drogupplysning (2008a). *Drogsituationen i Sverige*.
- CAN, Centraförbundet för Alkohol- och Drogupplysning (2008b). *Skolelevers drogvanor 2008*. Rapport 114.
- de Wilde, J. och Trulsson, K. (2006). *Women in European Therapeutic Communities: Conclusion of the BIOMED Project*.
- Dir 2004:164. *En vårdöverenskommelse om missbrukarvården*.
- Dir 2009:25. *Trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst* (S 2009:02).
- Ds 2001:31. *Omhändertagande av berusade personer enligt LOB*.
- Ds 2009:19. *Insatser för en alkohol- och narkotikafri graviditet*.
- Ds S 1978:8. *Vård utan samtycke inom socialvård och sjukvård*.
- Ds S 1980:5 *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979*. Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning.
- Folkhälsoinstitutet (2009a). *Livsstilsrapport 2008* (Wadman, ten Berg, red.).
- Folkhälsoinstitutet (2009b), *Folkhälsorapport 2008*.

- Folkhälsoinstitutet (2009c). *Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder* (Mickelsson, K.).
- Folkhälsoinstitutet (2009d). *Det drogöförebyggande arbetet i Sverige 2008*, s. 24–25.
- Folkhälsoinstitutet hemsida. www2.fhi.se/riskbruksprojektet.
- Fäldt, J., Storbjörk, J., Palm, J., Oscarsson, L. och Stenius, K., (2007). *Vårdkedjeprojektet. Tre utvärderingsperspektiv*. SiS Rapport nr 2 2007.
- Gerdner, A. och Berglund, M., (2009). *Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet*. Rapport för Missbruksutredningen (S 2008:04).
- Gerdner, A., Fridell och M., (2007). *Effects of psychologists' assessments of patients within compulsory care – A matched-control trial*. 50th International ICAA Conference on Dependences, Stockholm, June.
- Gustafsson, E. (2001). *Missbrukare i rättsstaten. En rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare*.
- Guttormsson, U., Andersson, A. och Hibell, B. (2004). *Ungdomars drogvanor 1994–2003. Intervjuer med 16–24-åringar*. CAN, Centralförbundet för alkohol- och drogupplysning.
- Handisam hemsida. <http://www.handisam.se>.
- HVB-registret. Nationella HVB-registret (Hem för Vård och Boende). <http://www.socialstyrelsen.se/register/verksamhetspersonal/nationellahvb-registret>.
- Justitiedepartementet (2005). *Tillnyktring vid LOB – en fråga för hälso- och sjukvården*. Opublicerat manuskript.
- Karlsson, T. (2009). *Beroendevårdens organisation och resurser i fem län – en kartläggning*. Rapport för Missbruksutredningen (S 2008:04).
- Kriminalvården (2009). *Årsbok 2008*.
- Kullberg, C., Alexanderson, K., Henriksen, A., Oscarsson, L. och Petersén, A. (2009). *Vårdöverenskommelsen – stimulansmedel till bättre vård och behandling av personer med tungt missbruk*. Socialstyrelsen.
- Lander, I., Olsson, B., Rönneling, A. och Skrinjar, M. (2002). *Narkotikamissbruk och marginalisering*. MAX-projektet, slutrapport. Centralförbundet för Alkohol- och Drogupplysning.
- MOB, Mobilisering mot narkotika (2007). *Den nationella narkotikapolitiska samordnarens slutrapport för verksamheten 2002–2007*. MOB, rapport, 2007.

- Olsson, B., Adamsson Eharen, C. och Byqvist, S. (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*. MAX-projektet, delrapport 3. Centralförbundet för Alkohol- och Drogupplysning.
- Patientregistret. <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret>. Socialstyrelsen.
- Prop. 1979/80:1. *Om socialtjänsten*.
- Prop. 1981/82:8. *Om lag av vård av missbrukare i vissa fall m.m.*
- Prop. 1987/88:147. *Tvångsvård av vuxna missbrukare*.
- Prop. 1990/91:58. *Om psykiatrisk tvångsvård*.
- Prop. 2002/03:20. *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*.
- Prop. 2004/05:1. *Budgetpropositionen för 2005*.
- Prop. 2004/05:123. *Stärkt rättssäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m.*
- Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.
- Regeringens beslut S2008/3958/ST. *Uppdrag att öka antalet tillsynsinsatser samt utveckla tillsynen av missbruks- och beroendevården 2008–2010*.
- Rikspolisstyrelsen och Brottsförebyggande rådet, statistiska uppgifter.
- Statens Institutionsstyrelse, 2009. *Årsrapport DOK08*. Allmän SiS-rapport 2009:6.
- Sjöqvist, F., Rane, A. och Garle, M. (2008). *Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society*. *Lancet* 2008;371:1872–82.
- SKL hemsida. www.skl.se/kunskaptillpraktik.
- Skårberg, K. (2009). *Anabolic-androgenic steroid users in treatment: social background, drug use patterns, and criminality*. Doktorsavhandling, Örebro universitet, Örebro.
- Smittskyddsinstitutet (SMI), statistiska uppgifter.
- Socialstyrelsen (1997). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997* (svensk version, uppdateras årligen).
- Socialstyrelsen (2004). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 1 april 2003 – ”IKB 2003”*.
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*.

- Socialstyrelsen (2008). *Missbruks- och beroendevårdens öppenvård (ÖKART) – en nationell kartläggning.*
- Socialstyrelsen (2008a). *Tvångsvården 2008 – Sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008.*
- Socialstyrelsen (2009a). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2008.*
- Socialstyrelsen (2009b). *En ny vårdform – En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.*
- Socialstyrelsen (opubl. 2009). *Skattning av problematisk narkotikaanvändning 2007.* Svensson, D. och Arvidsson, O.
- Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret, <http://www.socialstyrelsen.se/register/dodsorsaksregistret>.
- Socialstyrelsen/IMS (2009). *ASI-manualen – anvisningar till ASI Grund och ASI Uppföljning* (senaste svenska version).
- SoRAD Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (2007). *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till 2006.*
- SoRAD, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (2009). *Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige 2008.*
- SOSFS 2003:20. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende.
- SOSFS 2007:10. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.
- SOSFS 2009:27. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.
- SOU 1977:40. *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg: lagar och motiv.*
- SOU 1979/80:44. *Socialutskottets betänkande med anledning av bl.a. proposition 1979/80:1 Om socialtjänsten.*
- SOU 1987:22. *Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget.*
- SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård av psykiskt störda.*
- SOU 1994:27. *Vård av alkoholmissbrukare* (delbetänkande).
- SOU 2002:117. *Polisverksamhet i förändring – del 2, Utredningen om översyn av polisens arbetsuppgifter m.m. (direktiv Ju 2000:17).*
- SOU 2004:3. *Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård.*
- SOU 2005:82. *Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling.*
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar.*
- SOU 2006:91. *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare.*

- SOU 2008:120. *Bättre kontroll av missbruksmedel. En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning, m.m.*
- Statens institutionsstyrelse (2008). *Årsrapport DOK 07. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2007*. SiS Rapport 2008:7.
- Statens institutionsstyrelse (2009). *Abstinensbehandling vid SiS institutioner*. Promemoria av den 8 juni 2009 till Missbruksutredningen.
- Stenius, K. (2009). *Missbruksvårdens politik och dess organisering och finansiering: erfarenheter från sju länder*. Rapport för Missbruksutredningen (S 2008:04).
- Thiblin, I. (2009). *Anabola androgena steroider och blandmissbruk – en prevalensuppskattning*. Rapport för Missbruksutredningen (S 2008:04).
- Thiblin, I. och Pettersson, A. (2005). "Pharmacoepidemiology of anabolic androgenic steroids: a review". *Fundamental and Clinical Pharmacology*, nr 19(1): 27–44.
- Tibblin, I. (2008). Yttrande över förekomst och vissa konsekvenser av illegalt användande av anabola androgena steroider, bilaga 5 i Narkotikautredningens betänkande SOU 2008:120.
- Tullverket, Rikspolisstyrelsen och Brottsförebyggande rådet, statistiska uppgifter.
- WHO (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms* published by the World Health Organization. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html.
- Vårdgaranti; <http://www.vantetider.se/vad-aer-vaardgarantin>.
- Öjehagen, A. (2009). *Förekomst av samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende av alkohol och narkotika i Sverige, Norge och Danmark*. Rapport för Missbruksutredningen (S 2008:04).

Missbruksutredningens kartläggningar

- Armelius, B.Å. och Armelius, K. (2009) *En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på ASI*.
- Gerdner, A. och Berglund, M. (2009) *Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet*.
- Guttormsson, U. (2009) *Drogutvecklingen i Sverige*.

Referenser

Karlsson, T. (2009) *Beroendevårdens organisation och resurser i fem län – en kartläggning.*

Oscarsson, L. (2009) *Missbruksvården och samhället. Om relationen politik och praktik i svensk missbruksvård.*

Stenius, K. (2009) *Missbruksvårdens politik, organisering och finansiering – erfarenheter från sju länder.*

Thiblin, I. (2009) *Anabola androgena steroider och blandmissbruk – en prevalensuppskattning.*

Svensson, B. (2009) *Narkotika i ett framtidsperspektiv.*

Öjehagen, A. (2009) *Förekomst av samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende av alkohol och narkotika i Sverige, Norge och Danmark.*

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, samsättning 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 missbrukande 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 psykiatrin 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 psykiatrins 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 försvaret 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 omhändertags 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 omhändertagande enligt LOB inte längre bör ligga på polisen utan överföras 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 institutionsstyrelsens 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)

