

Motion till riksdagen 2012/13:So21

**av Lena Hallengren m.fl. (S)
med anledning av prop. 2012/13:77**

God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att se över och effektivisera statistikinhämtandet på missbruksområdet.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om särskild behandlingsgaranti för missbrukare.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av individanpassad hjälp mot missbruk.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om auktorisation för personal och vårdhem i behandlingssektorn.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om behovet av samverkan och sammanhållna vårdkedjor i tvångsvården.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en samlad nationell resurs för arbetet mot narkotika och alkohol.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om forskningsinsatser mot spelberoende.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att staten bör ta en aktivare del när det gäller övergripande styrning, ledning och samordning av insatserna inom missbruksområdet för att koordinera olika aktörers insatser och olika samhällssektorer.

Fel! Okänt namn

1. Missbrukets omfattning och kostnader

Det finns i Sverige 500 000 personer med missbruk eller beroende. Majoriteten av dessa, ca 330 000, har alkoholproblem. 77 000 personer använder narkotika, varav omkring 30 000 personer bedöms ha ett gravt missbruk. Därtill kommer att ca 65 000 personer är läkemedelsberoende, och ca 10 000 personer använder dopningsmedel regelbundet. Minst 2 600 personer dör årligen till följd av missbruk. 8 av 10 våldsbrott är alkoholrelaterade.

De allra flesta med missbruk har familj, vilket betyder att ca 20 procent av alla barn och vuxna har det i sin omedelbara närhet. Socialtjänst och sjukvård satsar tillsammans ca 17 miljarder kronor per år på missbruksvården. Det ska jämföras med samhällskostnaderna för missbruk, som kan uppskattas till 150 miljarder kronor. En stor del av de resterande mer än 130 miljarderna är kostnader inom den somatiska vården (som belastar landstingen) och kriminalvård, polis och rättsväsende (som ligger inom den statliga sektorn). Det kostar med andra ord enorma summor i pengar och lidande att inte lösa problemen i ett tidigt skede.

Inom narkotikaområdet finns det bristfälliga kunskaper och statistik om det problematiska narkotikamissbrukets omfattning. Siffran 30 000 grava missbrukare är en skattning. Det går inte att få fram uppgifter om fördelningen mellan olika huvudpreparat. Har vi ca 7 000 personer som missbrukar heroin (som Socialstyrelsen hävdar) eller är det 10 000 (som Missbruksutredningen anger)? Det är inte klarlagt i vilken utsträckning de nu närmare 5 000 personer som har underhållsbehandling med metadon eller buprenorfin för opiatberoende är medräknade i totalsiffran. Inte heller finns säkra uppgifter om i vilken utsträckning problematisk och omfattande cannabiskonsumtion inkluderas. Olika definitioner i olika undersökningar gör det svårt att jämföra siffror över tid. Senast en kvalificerad svensk undersökning gjordes var 1998 genom MAX-utredningen. Det finns en uppfattning att vi i Sverige har en noggrann statistik på alla områden. Det påståendet stämmer dock inte på missbruksområdet. För att kunna göra rätt avvägningar behöver vi tillförlitlig kunskap om läget. Mot denna bakgrund föreslår vi att statistikinhämtandet på missbruksområdet ses över och effektiviseras och att det i detta sammanhang slås fast vad som ska mätas över tid och vem som gör vad.

2. Missbruksutredningen

Missbruksutredningen genomförde en total genomlysning den svenska missbruksvården. Utredningens slutsatser (SOU 2011:35) bör enligt vår mening leda till att samhället omprövar en hel del i dagens system och samordnar och förbättrar sina insatser mot missbruk. Regeringen har nästan helt missat den chansen och presenterar i propositionen få eller inga förslag på de olika områdena. Propositionen är så ofullständig att den endast kan ses som ett första steg. Vi väljer därför att lägga en inriktningsmotion där vi anger färdriktning-

en i en rad frågor. Vi kommer att utveckla denna inriktning, ta ett helhetsgrepp och återkomma med detaljförslag.

3. Vår övergripande syn på problemen i missbruksvården

Samhällets hjälpinsatser når fortfarande endast en liten minoritet av alla med beroende. Sverige har fortfarande en med europeiska mått hög narkotikadödlighet. Vi har en otydlig behandlingsorganisation som är ojämn, oförutsägbar, dålig på att implementera nya metoder och inte tilltalar brukarna.

Behandling mot alkohol- eller narkotikamissbruk bör erbjudas mycket snabbare och vara mer individanpassat än vad det ofta är i dag. Det måste också vara lätt att få vård och stöd på ett mycket tidigt stadium, innan missbruket gått för långt och lett till svåra beroenden och sociala problem.

Samhällets förebyggande och tidiga insatser behöver intensifieras. Skolan bör bli mer uppmärksam, fältassistenter arbeta bland ungdomar och primärvård och företagshälsovård ställa frågor om dryckesvanor m.m. Det behövs kvalitetsuppbyggnad och långsiktighet i satsningarna om det ska ge varaktig effekt.

Det har tagits en del positiva initiativ på vårdområdet under de senaste åren. Socialstyrelsens riktlinjearbete, SKL:s Kunskap till praktik och flertalet av sjukvårdshuvudmännens utbyggnad av underhållsbehandling för opiatberoende är positiva förändringar. Merparten av de förbättringar som skett har dock skett trots regeringen, inte på grund av regeringen – ofta till följd av initiativ i kommuner och/eller landsting. De skillnader i vårdutbud som finns mellan olika kommuner och landsting är oacceptabla och indikerar tydligt att staten måste ta ett större samordnande ansvar för området.

4. Tidiga vårdinsatser mot missbruk

Primärvården behöver ha beredskap att ge insatser till personer med missbruk i ett tidigt skede på ett helt annat sätt än i dag. Många personer på väg in i missbruk har ännu inga sociala problem, och för dem är det orealistiskt att hänvisa till kommunernas socialtjänst för hjälp. De kommer aldrig att gå dit. Därför behöver primärvården erbjuda snabb hjälp i ett tidigt skede. Vårdpersonalen behöver i detta arbete tillgång till effektiva verktyg i form av strukturerade program för hur man tillsammans med patienten gemensamt kan ta sig an missbruk.

Kommunernas insatser behöver utvecklas. Missbruksvårdens kvalitet varierar avsevärt mellan olika kommuner. I vissa delar av landet får missbrukare vänta länge på behandling om de över huvud taget kommer i fråga för rehabilitering. Eftersom vårdbehovet hos missbrukare är akut bör målet vara att

Fel! Okänt namn på

väntetiden till behandling ska vara mycket kort. När någon är motiverad och vill bryta ett missbruk är det bråttom, annars försvinner tillfället och möjligheten att bryta ett beroende eller missbruk.

Vi föreslår att det införs en särskild behandlingsgaranti för missbrukare. Beträffande regeringens påståenden om att en vårdgaranti är onödig är vi skeptiska till de siffror som statsrådet Maria Larsson har tagit upp. Personligt möte inom en eller två veckor säger mycket lite om tillgången till verkliga insatser. Eftersom all narkotikaanvändning är kriminaliserad och slutmålet med narkotikapolitiken är det narkotikafria samhället måste kraven ställas höga på samhällets insatser för dem som vill sluta med sin kriminella aktivitet. Det är ett starkt moraliskt argument för en vårdgaranti som innebär att insatser ska påbörjas snarast när en individ söker hjälp för sin narkotikaanvändning. Inom några veckor är det rimligt att reella vårdinsatser kommer till stånd, men kommuner och landsting bör uppmuntras till ännu snabbare insatser, så att patienten/klienten upplever att hans/hennes önskan att göra något åt sitt missbruk fångas upp.

Om förebyggande insatser och tidiga interventioner ska kunna bli mer effektiva krävs utbildningsinsatser riktade till skolan, socialtjänsten och primärvården samt ett mycket mer kraftfullt samordnande arbete på central nivå – både på alkoholområdet och på narkotikaområdet. Vem som ska samordna ett sådant arbete behöver ses över.

Trots att tidiga insatser är mycket kostnadseffektiva förekommer de i förhållandevis liten utsträckning och variationen mellan kommunerna i kvalitet och utbud är alltför stor. I kommunerna finns skolan, förskolan och andra viktiga verksamheter som är avgörande för tidig upptäckt. Det är viktigt att kommunerna satsar på att utforma attraktiva insatser så att människor med beroendeproblematik i större utsträckning söker sig till socialtjänsten i ett tidigt skede.

Att tidiga insatser inom beroendevården och insatser för personer med svår problematik inte finns i tillräcklig utsträckning brukar förklaras med kommunernas bristande resurser. Det kan även vara svårt att prioritera sådan verksamhet i konkurrens med t.ex. skola och äldreomsorg. Det är i dag tyvärr relativt riskfritt att inte tillgodose behov hos människor med beroendeproblematik, det är en grupp som sällan överklagar och där sanktioner och tillsyn är minimal eller helt saknas.

De ekonomiska resultaten av sådana investeringar kommer inte heller att synas i kommunerna. De stora vinsterna kommer att utfalla inom somatisk vård, kriminalvård samt inom polis och rättsväsende. Ur ett längre perspektiv är naturligtvis kommunerna de stora vinnarna, då effekterna av generella förbättringar inom folkhälsan på sikt ger en billigare äldreomsorg, men ur ett perspektiv på 10 år är det i första hand staten som gynnas.

För att kommunerna ska motiveras att avsätta resurser till kompetensutveckling, bygga upp insatser av hög kvalitet och arbeta aktivt med tidiga upptäckter, bör man undersöka möjligheterna till att skapa ekonomiska incitament där prestationsbaserad ersättning utgår till kommuner med effektiva insatser av hög kvalitet som är attraktiva för brukarna. Genom att inrätta nationella kvalitetssystem, med indikatorer som utformats i enlighet med vad

som visat sig ge bäst resultat, skulle även kunskapen om vad som fungerar i kommuner med olika struktur öka och goda exempel spridas lättare.

5. Individanpassad hjälp mot missbruk

För att behandling av personer med missbruksproblem ska bli effektiv krävs att den enskilde får större inflytande och är delaktig på ett helt annat sätt än tidigare när det gäller den egna vården. Personer med missbruksproblem har i dag i praktiken en svagare ställning än flertalet andra patientgrupper. Genom att snabbt erbjuda vård och skraddarsy behandlingen efter missbrukarens egna behov och önskemål ökar möjligheterna till snabb och lyckad rehabilitering. Trösklarna till behandling är ofta också alldeles för höga. Vården är ofta villkorad på ett sätt som vore otänkbart när det gäller annan vård. Får man ett återfall skrivs man ofta ut från sin behandling. Det kan jämföras med att avbryta behandlingen för en person med åttstörningar efter ett återfall. Målet är att bli missbruksfri, men inga personer med missbruksproblem ska "avskrivas". Även personer med ett aktivt missbruk som haft omfattande problem under lång tid ska få insatser att leva ett värdigt och sjukdomsfritt liv så långt det bara går, t.ex. genom sprutbytesprogram som hindrar smittspridning och som ger möjlighet att komma i kontakt med den som missbrukar och erbjuda behandling. I Stockholm och Malmö/Lund finns goda initiativ och utvecklingsprojekt som man kan lära sig av i andra delar av landet, men i dag finns inget bra sätt att studera, dokumentera och sprida sådan kunskap på ett enkelt sätt.

Utbudet av vård behöver ses över och vårdens innehåll anpassas till exempelvis till särskilda behov som finns för kvinnor, barn, unga och anhöriga. Självhjälpsgrupper som Anonyma Alkoholister bör stödjas liksom den idéburna sektorn. Skadebegränsande insatser som tillnyktringsenheter, sprutbyten, lågtröskelboende och utökad läkemedelsbehandling behöver utvecklas liksom insatserna mot missbruk för personer som är i Kriminalvården. Brukarinflytande bör lagregleras. Det får inte vara så att det enda som erbjuds är t.ex. "tolvstegsmodell". Vidare bör det finnas ett tydligt "krav på gott bemötande i vården" för att förbättra inställningen till ofta utsatta personer. Tillgång till underhållsbehandling behöver erbjudas i hela landet.

Det får inte heller vara så att narkomanvården bara blir medicinriktad. Den medicinfria narkomanvården i Sverige seglar i motvind. Bristen på systematiska utvärderingar (amfetaminmissbruk) och uppenbart dåliga vårdresultat (heroinmissbruk) gör att denna vårdform trängs tillbaka av medicinska lösningar. Utifrån ett brukarperspektiv är det viktigt att det vid sidan av den medicinska behandlingen också erbjuds medicinfria vårdalternativ för dem som så önskar. Precis som att underhållsbehandling för opiatberoende handlar om mycket långa vårdperioder krävs ofta långvariga stödinsatser för personer som väljer medicinfria alternativ för att dessa ska bli framgångsrika.

När missbruk/beroende har pågått under många år och har utvecklats till en livsstil är det ofta nödvändigt med insatser som rör boende, rehabilitering,

Fel! Okänt namn på

sysselsättning och psykosocialt stöd under flera år. Inom detta område krävs dessutom att direkt undermåliga vårdalternativ sorteras bort genom en auktorisation och att kvaliteten på vården höjs, liksom att en genomarbetad eftervård erbjuds. Här finns det anledning för staten att satsa särskilda pengar på metodutveckling och utvärdering. För att få fram optimala vårdmodeller bör staten subventionera dessa vårdmodeller inklusive inbyggd forskning så att de får möjlighet att utvecklas. När Danmark och förmodligen snart Norge satsar på heroinförskrivning skulle Sverige kunna göra en motsvarande satsning på att försöka utveckla den medicinfria vården, som ett alternativ.

Av tidigare anförda skäl – kriminaliseringen och slutmålet ett narkotikafritt samhälle och dessutom av etiska och moraliska skäl – måste Socialstyrelsens krav på spärtnid vid utskrivning från underhållsbehandling för opiatberoende ses över. Missbruksutredningens uppskattning av tillgängligheten är sannolikt en underskattning, Socialstyrelsens en grov överskattning. Huvudproblemet, som vi var inne på redan under punkt 1, är att vi inte riktigt vet hur behovet ser ut.

6. Mer kunskapsbaserad missbruksvård

Den svenska missbruksvården behöver bli mer kunskapsbaserad. Kvaliteten varierar i dag alldeles för mycket. Vi måste vara säkra på att pengarna används rätt. Det gynnar både skattebetalarna och de som behöver vård. Kunskaper om bra behandlingsmetoder kan användas som underlag för en nationell standard. Missbruksutredningen var inne på rätt väg när man föreslog krav på auktorisering för behandlingshem samt utveckling av kvalitetsregister för att kunna följa upp vårdens kvalitet. För att öka kvaliteten i missbruksarbetet behövs bättre utbildad personal, vilket också påtalades av Missbruksutredningen. Personalens kompetens kan utvecklas ytterligare genom kontinuerlig fortbildning av befintlig personal och vidareutveckling av grundutbildningarna för läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer.

I regeringens proposition finns inga förslag om uppbyggnaden av särskilda utbildningar inom missbruksområdet, vilket är en stor brist. Det räcker inte med enstaka temadagar som Kunskap till praktik, utan det krävs genomarbetade utbildningar på kandidat- och masternivå. Konkreta förslag behöver tas fram för hur personal inom dessa områden ska kunna få tillgång till relevant vidareutbildning och fortlöpande uppdatera sina kunskaper. Statliga stimulanspengar bör övervägas för att styra mot ökade utbildningsinsatser.

Samhället behöver säkra kvaliteten i den vildvuxna sektorn. Det räcker inte med bara engagemang. Vi föreslår att det införs auktorisation för personal och vårdhem. Detaljerna för detta måste utredas närmare. Det behövs en nationell utbildning för läkare, psykologer och socionomer om beroende. Därutöver behövs specialistutbildning, utökad forskning och start av kompetenscentra med kostnadsfria/billiga utbildningar för personal inom socialtjänst och sjukvård som arbetar med personer med missbruk/beroende

Det behövs en utveckling av kvaliteten och tillsynen i all behandlingsverksamhet, inte bara HVB som regeringen tar upp i propositionen. Kommunernas öppenvård och andra enheter behöver också utvecklas och granskas. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utforma tillståndskrav och auktorisation.

Missbruksutredningen föreslog en ökad satsning på forskning. Det är nödvändigt för att förbättra kunskapsunderlaget när det gäller såväl missbrukets karaktär och utfallet av vårdinsatser. MOB:s (Mobilisering mot narkotika) sätt att handlägga forskningsfrågorna var på många sätt föredömlig. Dels avsatte MOB forskningspengar som fick sökas av forskare i traditionell konkurrens, som ett komplement till de medel som fördelades av de statliga forskningsråden, dels lade man ut särskilda forskningsuppdrag inom områden där det var viktigt att snabbt få fram kunskaper.

7. Bättre samverkan mellan kommuner och landsting

Otydligt ansvar där personer med missbruksproblem bollas mellan kommunen och landstinget är i dag ett stort problem. Det får inte vara så att en kommuns storlek eller dåliga ekonomi medför att individen inte får de insatser de har rätt till. Missbruksutredningen föreslog en ny lag om missbruks- och beroendevård som ska göra ansvaret tydligt. Landstinget ges ett samlat ansvar för behandling, och kommunerna får enbart ansvar för socialt stöd. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) vill inte flytta ansvarsgränserna men föreslog tydligare regler för brukarinflytande, en stärkt roll för primärvården och starkare krav på samverkan. Till exempel bör kommunen och landstinget komma överens om vilket samlat vårdutbud som ges och vem som ska göra vad i förhållande till individen. Vi delar SKL:s ståndpunkt om detta. Det behövs förändringar jämfört med i dag genom ett tydligare system med en enkel väg in i vården, snabb vård, fungerande vårdkedjor och ett socialt stöd. Regeringens förslag om att det ska bli ett lagstadgat krav på att huvudmännen samarbetar genom överenskommelser, exempelvis om gemensamma mål, resursfördelning och stöd till vissa grupper låter bra (och vi har inget emot förslaget) men risken är stor att det i sin nuvarande lösning blir en ny pappersprodukt som påverkar situationen för dagens missbrukare mycket lite.

För att undvika att den föreslagna lagändringen bara blir en ”ny pappersprodukt” bör någon form av belöningssystem övervägas för kommuner/landsting som gör rätt alternativt sanktionssystem mot de kommuner som gör fel. Äldreomsorgens ÅDEL-reform innebar krav på samplanering/vårdplanering, tidsgränser fastställdes för när insatser och åtaganden skulle vara verkställda och ekonomiska sanktioner infördes.

Fel! Okänt namn

8. Samverkan och sammanhållna vårdkedjor

För att stärka vårdkedjorna kring den som behöver vård och behandling mot sitt missbruk startades på den socialdemokratiska regeringens initiativ 2005 den treåriga satsningen Ett kontrakt för livet. Arbetet var mycket framgångsrikt. Den enskilde erbjöds avgiftning, utredning, motiverande och behandlande insatser och en planering som omfattar både LVM-tiden och tiden efter utskrivning. En gemensam överenskommelse mellan den enskilde, socialtjänsten och Statens Institutionsstyrelse (SiS) låg till grund för en långsiktig vård som omfattade LVM-tiden och halvåret därefter. Kommunen fick en statlig subvention när överenskommelse träffats om en mer långsiktig vård. Uppföljningen av Ett kontrakt för livet visar mycket goda resultat jämfört med traditionell LVM-vård. Trots goda resultat har inte den borgerliga regeringen fortsatt satsningen. Att satsa på samverkan i enlighet med tankarna i Ett kontrakt för livet ger stort utbyte av en förhållandevis liten satsning. Om tvångsvård ska ge resultat krävs särskilda insatser för tiden efter behandling. Samordningen mellan kommuner och landsting när det gäller missbruksvård måste förbättras för att få till stånd säkra kompletta vårdkedjor. Som modell för detta arbete kan det tidigare initiativet i tvångsvården Ett kontrakt för livet användas.

Det behövs ett särskilt utvecklingsarbete för att förbättra vården för personer med dubbeldiagnoser. Vårdbehövande hamnar i dag alltför ofta mellan stolarna, särskilt om de har dubbeldiagnoser som missbruk och psykiska besvär. Även tvångsvården dras med problem och är ojämnt utnyttjad i landet. Av de ca 300 personer som är intagna på LVM-vård för missbruk har nära hälften även psykiska problem. Av de 1 500 intagna enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård har över hälften även missbruksproblem. Vårdformerna är dock inte anpassade för båda diagnoserna.

9. Samlad nationell resurs för arbetet mot narkotika och alkohol

Vi vill återinföra en samlad nationell resurs för arbetet mot narkotika och alkohol. Det behövs ett effektivt och långsiktigt samhälleligt arbete mot droger. Sättet att organisera arbetet och kraften i det utåtriktade arbetet är avgörande faktorer för framgång. Den nationella strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT) som antogs av riksdagen våren 2011 bör ses mot bakgrund av händelseutvecklingen under den senaste tioårsperioden. Alkoholkonsumtionen och narkotikamissbruket ökade under 1990-talet, inte minst bland ungdomar. För att vända utvecklingen antogs på den socialdemokratiska regeringens förslag en alkoholhandlingsplan 2001 och en narkotikahandlingsplan 2002. Det förebyggande arbetet förstärktes, såväl lokalt som centralt. Informationskampanjer drogs i gång, kommuner och landsting tog fram egna handlingsplaner och ett stort antal lokala drogfore-

Fel! Okänt namn på

byggare anställdes för att samordna det förebyggande arbetet. Det centrala arbetet kom att ledas av Alkoholkommittén respektive Mobilisering mot narkotika (som leddes av en särskild narkotikasamordnare). Utgångspunkten var att det behövdes en stark nationell resurs för att driva det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet i en tid av ökad tillgänglighet för ungdomar av både alkohol och narkotika och ökad total konsumtion av alkohol i befolkningen. Det förstärkta förebyggande arbetet gav resultat. Under 2000-talet avstannade ökningen av alkoholkonsumtionen bland ungdomar, och vi kunde till och med se en minskning i konsumtionen. Andelen ungdomar som uppger att de provat narkotika sjönk också.

Den borgerliga regeringen som tillträdde hösten 2006 lade ner Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika. Vi tycker att det var ett felaktigt vägval. Den tidigare specialiseringen ledde till ökad kraft i det förebyggande arbetet. Uppgifterna överfördes i stället till flera olika myndigheter, ett särskilt sekretariat bildades i Regeringskansliet och olika departementsarbetsgrupper inrättades där Socialdepartementet samordnar arbetet. Vi anser att den arbetsmodellen, som befästes i den nyligen antagna nationella strategin för ANDT, har lett till att arbetet blivit otydligare och tappat i fokus, tempo och kraft.

Det saknas nationella initiativ och ett kraftfullt utåtriktat perspektiv i arbetet. Ett utåtriktat arbete, som Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika bedrev, är viktigt för att få förankring och förståelse för alkoholens konsekvenser och stöd för en restriktiv alkoholpolitik. För att genomföra politiska åtgärder eller prioriteringar av resurser, exempelvis i polisens eller tillsynsmyndigheters arbete, som leder till minskad konsumtion och skador behövs en ökad samordning mellan olika politikområden eftersom många delar av den verksamma politiken ligger utanför Socialdepartementets område. Regeringens ANDT-råd har resurser men omfattar bl.a. inte handelsområdet och behöver större tyngd i regeringens departementssamordning för att kunna spela en pådrivande roll.

Exakt hur en ny nationell resurs ska organiseras måste utredas närmare. En möjlighet är uppbyggandet av ett Nationellt kunskapscentrum på missbruksområdet. Man skulle kunna tänka sig någon form av utvidgat MOB/Alkoholkommittén, med uppgift att sprida kunskap om verksamma metoder för prevention och behandling, finansiera forsknings- och utredningsuppdrag, sköta löpande statistik samt ansvara för utbildningssatsningar till olika professionella grupper. En sådan samordning skulle kunna samla de uppgifter som i dag är fördelade på Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och delvis utlagda på CAN och SKL. Lokalisering bör ske i anknytning till någon av de starka forskningsmiljöerna inom missbruksområdet, dvs. i Stockholm, Göteborg eller Malmö/Lund.

Fel! Okänt namn

10. Mer kunskap krävs i insatserna mot spelberoende

Regeringen tar inte alls upp spelberoendefrågan i sin proposition och den finns inte heller med i direktiven till Missbruksutredningen. Det är synd eftersom kraven på att kommunerna ska hjälpa personer med spelberoende är stort. En överföring av det statliga ansvaret för spelberoendefrågor från Statens Folkhälsoinstitut till Socialstyrelsen pågår. Ett skäl för överflyttningen av ansvaret till Socialstyrelsen är att diagnosen spelmani sannolikt kommer att placeras i samma kategori som missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Detta kommer att få stora konsekvenser för kommunerna.

Spelutgifterna per person i Sverige har legat still sedan 1970 på ca 2 till 3 procent av disponibel inkomst. Men andelen spelare i befolkningen har sjunkit på 10 år från 90 till 73 procent, vilket betyder att de som spelar gör det i större omfattning än tidigare. Problem med spelandet har ca 2 procent av befolkningen. Denna siffra är ganska konstant över tiden. 75 procent av alla problemspelare förändrar sina spelvanor varje år till det bättre men lika många nya problemspelare tillkommer. Bland dem som får spelproblem är ungdomar, personer med låg socioekonomisk status och etniska minoriteter överrepresenterade. Det finns också fler lagliga spelautomater (enarmade banditer) i socioekonomiskt utsatta områden. Män spelade tidigare mer än kvinnor men detta mönster börjar suddas och bland nya problemspelare var det lika många kvinnor som män.

Samhället bör hjälpa problemspelare. Det tjänar hela samhället på. Det handlar både om att reglera spelmarknaden på ett klokt sätt men också om hjälp till spelberoende att kunna sluta eller dra ner på sitt spelande. När detta görs måste forskning användas som grund i stället för att spel frågan blir ett ”tycka till”-område där man planlöst för fram en massa åsikter. Forskningens resultat motsvarar inte alltid vanliga föreställningar om hur sambanden är. Det finns t.ex. inget stöd för att informationskampanjer till en bred allmänhet eller till ungdomar har en förebyggande effekt. De kan dock leda till att fler personer med spelproblem söker hjälp. Däremot finns det stöd i forskningen för att begränsa tillgången till alkohol i spelmiljöer. Att begränsa spelhastigheten hos spelautomater har däremot effekt liksom begränsningar av möjligheten att spela på kredit. Även obligatoriska pauser vid automatspel bidrar till att bryta långa spelsessioner och kan ha effekt.

När det gäller vård och hjälp till spelberoende behövs mycket mer forskning. Det är högst oklart vad som fungerar och vad som inte fungerar. Risken är stor att hjälp till spelberoende blir verkningslösa insatser till hög kostnad. Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan minska symptom på spelberoende, men om det finns långtidseffekter vet vi inte. När det gäller olika psykologiska behandlingar finns det tecken på att Motiverande samtal (MI) kan minska omfattningen av spelande och penningförluster men i övrigt saknas underlag att dra slutsatser.

Det behövs mycket mer forskning om vad som hjälper och vad som inte hjälper när det gäller spelreglering och vårdinsatser. Det är dags att stärka

Fel! Okänt namn på

forskningen på detta område. Vi föreslår att man undersöker möjligheterna till att de outhämtade vinster på 25 miljoner kronor årligen som inte tas ut från Svenska Spel går in i en särskild forskningsfond som administreras av det statliga forskningsrådet FAS. Då kunde personer också göra ett medvetet val att inte hämta ut småvinster och därigenom veta att pengarna gick till forskning.

11. Missbruksvårdens framtida utveckling och samordning

Missbruksutredningen har på ett tydligt sätt visat de stora samhällsekonomiska och humanitära vinster som kan göras om missbruksarbetet blir mer effektivt. Men vinsterna görs inom breda samhällssektorer – från rättsväsende och kriminalvård till arbetslivet – och den samhällsinstitution som i sista hand kan räkna in vinsterna är det mest övergripande samhällsorganet – staten. Därför är det rimligt att staten tar en aktivare del när det gäller övergripande styrning, ledning och samordning av insatserna inom missbruksområdet för att koordinera olika aktörers insatser och koordinera mellan olika samhällssektorer.

Stockholm den 9 april 2013

Lena Hallengren (S)

Christer Engelhardt (S)

Lennart Axelsson (S)

Gunnar Sandberg (S)

Catharina Bråkenhielm (S)

Ann Arleklo (S)

Meeri Wasberg (S)