

Socialutskottets öppna utfrågning på
temat Missbruks- och beroendevård
– vem ska ansvara för vad?
torsdagen den 24 november 2011

ISSN 1653-0942
ISBN 978-91-86673-26-0
Riksdagstryckeriet, Stockholm, 2012

Förord

Missbruksutredningen (S 2008:4) överlämnade den 27 april 2011 sitt betänkande Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35) till regeringen. Betänkandet har varit ute på remiss och remisstiden gick ut den 15 oktober 2011. Inom Regeringskansliet pågår beredning av betänkandet och arbete med att sammanställa remissvaren.

Mot denna bakgrund anordnade socialutskottet den 24 november 2011 en offentlig utfrågning på temat Missbruks- och beroendevård – vem ska ansvara för vad? Utfrågningen avsåg att bredda och fördjupa ledamöternas kunskaper inom området.

Utskottet bedömer att vad som sades under utfrågningen är av så allmänt intresse att det bör göras tillgängligt för en vidare krets. Därför publiceras här en utskrift av utfrågningen.

Stockholm i februari 2012

Kenneth Johansson
Ordförande

Monica Dohnhammar
Kanslichef

Socialutskottets öppna utfrågning på temat Missbruks- och beroendevård – vem ska ansvara för vad? torsdagen den 24 november 2011

Inbjudna föreläsare

Gerhard Larsson, särskild utredare i Missbruksutredningen

Hans Wiklund, huvudsekreterare i Missbruksutredningen

Mats Berglund, professor emeritus i klinisk alkoholforskning vid Lunds universitet

Sveriges Kommuner och Landsting

Mats Eriksson, ordförande i Sjukvårdsdelegationen

Camilla Sköld, expert i Missbruksutredningen

Socialstyrelsen

Anders Tegnell, avdelningschef

Mårten Gerle, sakkunnig

Kriminalvården

Lars Håkan Nilsson, medicinsk rådgivare

Akademikerförbundet SSR

Christin Johansson, förbundsordförande

Titti Fränkel, utvecklingschef socialt arbete

Svensk förening för beroendemedicin

Joar Guterstam, läkare och styrelseledamot

Famna

Bo Blåvarg, Ersta diakoni

Kerstin Eriksson, Famna

Riksförbundet narkotikafritt samhälle (RNS)

Per-Erik Lundberg, förbundsordförande

Per Johansson, generalsekreterare

Ann-Marie Strömberg, styrelseledamot

IOGT-NTO

Kjell-Ove Oscarsson, vice ordförande

Mats Gunnarsson, generalsekreterare för Sveriges landsråd för alkohol- och narkotikafrågor (S.L.A.N)

Svenska brukarföreningen

Berne Stålenkrantz, ordförande

Magnus Brahn

Statens institutionsstyrelse

Nils Åkesson, tf. generaldirektör

Therese Reitan, forskningsledare

Anita Andersson, enhetschef

Vårdföretagarna

Inga-Kari Fryklund, förbundsdirektör

Socialdepartementet

Ulrik Lindgren, politiskt sakkunnig

Maria Renström, ämnesråd

Ralf Löfstedt, ämnesråd

Från socialutskottet deltog

Kenneth Johansson (C), ordförande

Lena Hallengren (S), vice ordförande

Mats Gerdau (M)

Margareta B Kjellin (M)

Christer Engelhardt (S)

Helena Bouveng (M)

Ann Arleklo (S)

Isabella Jernbeck (M)

Lennart Axelsson (S)

Barbro Westerholm (FP)
Catharina Bråkenhielm (S)
Gunnar Sandberg (S)
Anders W Jonsson (C)
Agneta Luttropp (MP)
Anders Andersson (KD)
Per Ramhorn (SD)
Eva Olofsson (V)
Henrik Ripa (M)
Teres Lindberg (S)
Metin Ataseven (M)
Maria Lundqvist-Brömster (FP)
Rickard Nordin (C)
Magnus Ehrencrona (MP)
Roland Utbult (KD)

Utfrågningen ägde rum i Förstakammarsalen.

Socialutskottets offentliga utfrågning på temat Missbruks- och beroendevård – vem ska ansvara för vad? torsdagen den 24 november 2011

Ordföranden: Jag heter Kenneth Johansson och är ordförande i socialutskottet. Välkomna till socialutskottets offentliga utfrågning på temat Missbruks- och beroendevård – vem ska ansvara för vad? Jag välkomnar alla medverkande, åhörare, representanter för medierna, utskottets ledamöter och personal och alla tv-tittare som följer utfrågningen här i riksdagens förstakammarsal.

Missbruk av alkohol och andra droger är ett stort hot mot folkhälsan. Det drabbar många enskilda, det drabbar familjer och det drabbar hela samhället. Det är självfallet mycket viktigt att förebygga missbruk och undvika att missbruk uppstår. Men det är också viktigt att vi har en väl fungerande missbruks- och beroendevård när det behövs, som är kunskapsbaserad utifrån den enskildes behov och med en tydlig ansvarsfördelning. Det är just ansvarsfördelningen, som det är så centralt att den fungerar, som dagens utfrågning i första hand koncentrerar sig på.

Det är många som besitter kunskaper, och det är många som har åsikter. Vi är speciellt intresserade av att ta del av åsikterna från er som är inbjudna att medverka.

Missbruksutredningens slutbetänkande, med Gerhard Larsson som särskild utredare, överlämnades till regeringen i april i år. Den har nu varit ute på remiss, och beredning pågår för närvarande i Regeringskansliet.

Inför vår beredning i riksdagen och i socialutskottet genomför vi denna utfrågning i syfte att bredda och fördjupa våra kunskaper. Det är bakgrunden. Ni är alla varmt välkomna.

Jag lämnar ord och bild till Gerhard Larsson som alltså har varit särskild utredare i Missbruksutredningen.

Gerhard Larsson: (bilder, se s. 47 f. bild 1–16) Jag räknar med att flertalet av er har haft tillfälle att översiktligt ta del av utredningen och utredningens förslag. Men jag vill gärna ta upp några punkter här.

Jag vill först påminna om att det utredningsuppdrag som regeringen gav mig avser de samlade insatserna i Sverige mot missbruk och beroende, det vill säga oavsett om det är kommun, landsting eller stat som gör insatser. I den mån insatser finansieras av ideella organisationer omfattas de också.

Det är första gången som vi i Sverige bedömer behov av insatser som rör läkemedel och dopning i ett nationellt sammanhang, medan alkohol och narkotika tidigare har förekommit i översyner. Det handlar om både frivillig vård och tvångsvård, och det är följande fem lagar som prövas i detta samman-

hang: Det är SoL, socialtjänstlagen, som kompletteras med tvångslagen LVM, där kommun och socialnämnd kan ta initiativ till tvångsinsatser, ett politiskt initiativ, och det är hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och dess komplement för sjukvården, LPT, där psykiatri kan ta initiativ till en eventuell tvångsinsats, samt LOB som reglerar när och hur polisen ska omhänderta berusade personer på offentliga platser.

I detta arbete som jag har haft förmånen att få driva, med stöd av en rad experter, forskare och brukarrepresentanter som rådgivare, har det producerats ett par betänkanden före slutbetänkandet. Den första var en diskussionspromemoria som kom våren 2010 och tog upp ett antal frågeställningar, framför allt utifrån intrycken av utredningens kartläggning av dagens svenska förhållanden och en internationell jämförelse. I en bred remiss av denna fick utredningen synpunkter på ett antal centrala frågor, bland annat den som vi ska diskutera i dag, och även i tvångsfrågan.

Jag har haft möjlighet att engagera en rad forskare, som varit vänliga att göra studier av kunskapsläget, när det gäller olika metoder och effekter av insatser för personer med missbruk och beroende, och detta har oftast skett i ett internationellt perspektiv. Ett 20-tal av dessa publicerade utredningen i en forskningsbilaga, SOU 2011:35, tidigt i våras.

Som ordföranden nämnde lade jag fram mitt slutbetänkande i slutet av april omfattande två volymer, SOU 2011:35. Volym 2 innehåller en analys och slutsatser av det framtagna materialet – kartläggningen i Sverige, intrycken från diskussioner och hearingar med olika intressegrupper, internationella jämförelser och bedömning av forsknings-/kunskapsläget. I volym 1 finns mina förslag till förändringar.

Utredningen har kartlagt omfattningen i Sverige av missbruk eller beroende, som är den medicinska termen. Beroende tillhör, som är internationellt vedertaget, i sin tur gruppen psykiatriska diagnoser. Vi har även uppskattat riskbruket av de fyra psykoaktiva substansgrupperna, det vill säga personer som balanserar på gränsen till att utveckla ett missbruk eller bli beroende.

Den största gruppen med beroende är personer med alkoholberoende. Det är 330 000. Gruppen läkemedelsberoende är näst störst med ungefär 65 000. De som har ett tungt narkotikamissbruk är nästan 30 000. De som frekvent använder dopning bedömer vi till 10 000 personer.

Men det finns också många kombinationer av dessa fyra substansgrupper. Ett särskilt eftersatt område, som hittills har uppmärksamats alldeles för lite, är samsjuklighet, det vill säga personer med beroende och en annan psykisk sjukdom. Bortåt hälften av alla 500 000 med beroende uppskattas ha en samsjuklighet.

Det har skett en uppgång i fråga om både alkoholmissbruk och narkotikamissbruk om vi ser på den senaste tioårsperioden. Ytterligare ett problem när man ser på denna omfattning är att endast 100 000 av de 500 000 som är beroende är kända eller uppmärksammade av socialtjänsten eller sjukvården i dagsläget.

Det finns en rad motiv som lett fram till att jag lägger fram ett mycket brett förslag till reformering. De kan sammanfattas i tio punkter. Några handlar om en väsentligt ändrad målgrupp i dag än när den nuvarande lagstiftningen kom till för 30 till 35 år sedan. Missbruk av läkemedel och dopningspreparat är fenomen nu som ej alls är reglerade i ansvar eller där kompetens skapats för att behandla. Vi har också nått ett bredare missbruk av alkohol, ett missbruk som till större delen nu finns bland människor som är etablerade med boende, jobb och familj och vänner, och inte som bilden tidigare varit dominerande att det huvudsakligen är människor som tillika har sociala problem.

Ett annat motiv, som kartläggningen visat, är att med hittills tillämpad ramlagstiftning, SOL och HSL, blir det mycket otydligt vem som ska svara för vilka insatser i fråga om vård och stöd. Det gör att var en person bor i landet avgör om denne får hjälp och i så fall hur hjälpen ser ut. Kunskaper i behandlingsmetodiker är också en svag gren i dagsläget.

Detta har lett fram till att utredningen föreslår förändringar uppdelade i åtta reformområden med inte mindre än 70 förslag. Det första handlar om tidig upptäckt och kort intervention. Områdena två till sex handlar om olika sätt att vid behov ge vård och stöd. Det sjunde handlar om när vård inte når fram utan polisen eller Kriminalvården får komma in i bilden. Och det åttonde gäller integrationen med arbete och socialförsäkringen.

Det som vi ska diskutera i dag är reformområde två: "ett tydligare ansvar för effektivare vård". Våra kartläggningar visar att det saknas ett likvärdigt utbud över landet av stöd och behandling. Det finns inte insatser alls för vissa grupper, och när sådana finns varierar dessa kraftigt över landet. Det saknas exempelvis nästan helt insatser och djupare kunskap om behandling när det gäller läkemedelsberoende och dopning. För personer med samsjuklighet, det vill säga sådana som har både ett beroende och en annan psykisk sjukdom, behövs i regel samtida insatser inom sjukvården eller ibland mellan socialtjänsten o sjukvården. Vi har få exempel i landet på att detta fungerar. Det är ett allvarligt problem då bortåt hälften av hela målgruppen har sådana behov.

I andra länder har man löst det svenska problemet med delat och otydligt ansvar genom att samla huvudmannaskapet. I 24 av EU:s 27 länder är det sålunda ett samordnat ansvar finansiellt och organisatoriskt hos en huvudman, och det är då sjukvården som har detta ansvar. I Danmark har man däremot lagt ansvaret på kommunerna. Det är nu bara Sverige och Finland som har kvar ett delat huvudmannaskap och därmed delar på ansvar för insatserna, vilket har visat sig vara svårt att få att fungera praktiskt för den med behov.

Mot bakgrund av denna problembild blir utredningens slutsats att det i lag måste skapas ett tydligt ansvar för vem som gör vad i Sverige. Helst skulle jag vilja se att vi kunde samordna insatserna hos en huvudman, vilket är det helt dominerande inom Europa.

Men när utredningen har lyssnat av opinionen i Sverige, så märks att viktiga intressenter som dagens huvudmän vill att normaliseringsprincipen som ligger till grund för såväl HSL som SOL även ska gälla insatser för personer med missbruk och beroende. Med beaktande härav har jag landat i att Sverige

fortsätter med att avvika från EU och reglerar med två huvudmän som delar på ansvaret. Men en förutsättning är att det blir tydligt vem som ansvarar för vad, närmast mellan landsting och kommun. Jag har därvid utgått från vad som gäller för andra målgrupper i Sverige med behov av hjälp och stöd från samhället, nämligen att behandling är en uppgift för sjukvården, då beroende är en bland andra medicinska diagnoser inom psykiatrin medan stödinsatser normalt är en kommunal fråga.

Det betyder att tillnyktring, abstinensvård och behandling är frågor för sjukvårdshuvudmannen, medan stödinsatser i den dagliga livsföringen i fråga om boende, sysselsättning och försörjning är frågor för kommunerna.

Dagens problembild tydliggör också att det är särskilt viktigt att få behandlingen samlad hos en ansvarig utförare. För de som behöver – och det är många av målgruppens 500 000 personer – medicinsk utredning, psykiatriskt stöd, psykosocial behandling och eventuella läkemedel visar internationell forskning och svenska utvärderingar att dessa insatser behövs samordnat och många gånger samtidigt.

Samtidigt kan jag konstatera att en del av målgruppen kan behöva insatser från båda huvudmännen, exempelvis både behandling och stöd. För majoriteten räcker det med den nya ordningen att få insatser från sjukvården, som uppmärksammas på begynnande beroendeproblem och därefter kort intervention. Men ungefär 75 000 av de 500 000 har tillika även sociala problem. Det kan vara svårigheter med bostad, sysselsättning, aktiviteter och försörjning. Till denna grupp kommer också barn som växer upp med missbrukande föräldrar. I dessa fall behövs i regel insatser från båda huvudmännen.

Jag föreslår att ansvarsförhållanden regleras i en ny särskild lagstiftning som påminner om LSS, ett komplement till socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, en pluslag, i 15 paragrafer, som tar upp det extra som en person kan behöva när denne har ett beroende och missbruk.

Denna lagstiftning föreslås också möjliggöra, till skillnad från annan lagstiftning, att det går att göra undantag från lagens reglering om ansvar för en viss insats hos en huvudman på så sätt att detta kan överföras till den andra huvudmannen. En förutsättning är att fullmäktige hos vardera huvudman är överens om detta. Motiv kan vara långa avstånd som i Norrbotten eller helt enkelt kompetens.

Det finns också ett finansiellt skäl till att lägga behandlingsansvaret hos de 20 landstingen – ekonomin. Dessa kan genom sina skatteunderlag bära större enskilda insatser än de 290 kommunerna var för sig. Insatser för behandling kostar ofta mycket, exempelvis en plats på ett behandlingshem eller för att kunna differentiera vården för barn och ungdomar eller våldsutsatta kvinnor, som kan ha mer avancerade behandlingsbehov än andra. På ett frivilligt behandlingshem kostar en plats ett par hundra tusen. För en tvångsvårdsplats, där kommunen ska ta initiativet och kostnaderna, blir utgiften uppemot en halv miljon kronor. Det är mycket pengar för en genomsnittskommun med 10 000–12 000 invånare.

Denna förändring kopplas till de andra reformområdena. Men dessa åtta reformområden är uppbyggda på det sättet att de också kan fungera självständigt utan att man antar fullt ut alla de andra reformområdena. Men i mitt perspektiv är det en helhet.

Vill regeringen och riksdagen anta utredningens förslag – åtta reformområden med 70 enskilda förslag – vill jag genom nästa bild peka på beräknade effekter, fem sådana. Förslagen ska rätta till, även om det tar tid, de svagheter som finns i dag i fråga om att majoriteten av personerna med missbruk och beroende ej får stöd och vård eller exempelvis begränsa att så många som åtta av tio våldsbrott sker under inflytande av droger eller alkohol. Vård och stöd, kunskapsbaserad, ska samtidigt bli oberoende av var man bor och ge bättre effekter.

Denna utrednings genomlysning av omfattningen av missbruket och beroendet av alkohol och droger i Sverige och vilket stöd och vilken behandling de missbrukande och beroende får landar som sagt i ett behov med 70 konkreta förslag till förändringar, fördelade på 8 reformområden. Arbetet har initierat mycket diskussioner och uppmärksamhet runt om i landet. Jag har haft förmånen att få diskutera behov och alternativa lösningar i en mängd skilda sammanslutningar. Härvid kan bland annat konstateras att det finns intressen som kolliderar utifrån hur man exempelvis lokalt har byggt upp sin verksamhet i dagsläget. Men jag upplever att de 70 förslagen är en minsta gemensamma nämnare mellan sådana intressen, kunskaperna och internationella referenser för att Sverige ska nå fler med missbruksproblem och samtidigt modernisera och kunskapsbasera erforderliga stöd och vårdinsatser. För detta behövs en ny och tydligare lagstiftning som reglerar insatserna än de i dag 30 år gamla socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagarna och den ännu äldre LOB som reglerar polisens insatser.

Med detta har jag velat peka på några huvudpunkter, som motiverar mina förslag inom reformområde två.

Ordföranden: Vi tackar Gerhard Larsson som har gett oss en bakgrund till sitt förslag.

Vi hälsar nu Mats Berglund välkommen. Han är professor emeritus i klinisk alkoholforskning vid Lunds universitet. Han ska tala om ansvarsfördelningen mellan medicin, psykiatri och socialtjänst – i ett internationellt perspektiv.

Mats Berglund: (bilder, se s. 55 f. bild 1–15) Jag ska tala om ansvarsfördelningen mellan medicin, psykiatri och socialtjänst – i ett internationellt perspektiv.

Jag är professor emeritus i klinisk alkoholforskning vid Lunds universitet. Jag har också varit överläkare vid Beroendecentrum i Malmö under 20 år. Just kombinationen med forskning och sjukvård upplever jag som mycket viktig för min verksamhet.

Den internationella utvecklingen har varit mycket intensiv under senare år. Det har skett en samordning av diagnostiken. Överallt i världen när vi talar om alkoholberoende talar vi om samma sak liksom när vi talar om heroinberoende, cannabisberoende och så vidare.

Det är också viktigt att poängtera att psykiatrisk diagnostik är viktig. Det är en stor grupp med personer med alkohol- och narkotikaproblem som också har psykiatrisk problematik. Det kan vara så att beroendet ger psykiatrisk problematik. Men det kan också vara så att psykiatrisk problematik medför beroendetillstånd, och det kan vara olika former av samspel.

Kunskapsutvecklingen har varit intensiv under senare år. De olika länderna har tagit initiativ till att jobba med evidensbaserad analys av kunskapen för att ha en grund för arbetet inom sjukvården och socialtjänsten. Den sammanställningen av kunskap sker i Sverige av SBU. I andra länder sker det i andra typer av institut.

Sammanställningen av kunskapen kombinerad med sjukvårds- och socialtjänstorganisationen och nationens karakteristika leder till att man kan formulera riktlinjer för intervention och behandling, evidensbaserade riktlinjer. I Sverige är det Socialstyrelsen som genomför dem.

SBU presenterade 2001 *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*, där man sammanfattade litteraturen. Jag var ordförande i den gruppen. En reviderad rapport på engelska kom 2003 som möjliggör att den kan granskas av internationell expertis inom området.

Socialstyrelsen presenterade sedan nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2007. Man formulerade i denna utredning att beroende är ett psykobiologiskt tillstånd med flera samtidiga symtom – till exempel abstinenssymtom och kontrollförlust i fråga om alkoholkonsumtionen, det vill säga att det är en sjukdomsbild som är det centrala – och med starka kulturella och sociala inslag, ofta med en multifaktoriell bakgrund.

Nu sker det en sammanställning av olika nationella riktlinjer. Det är 15–20 experter som har jobbat med dessa frågor och sammanställt dem internationellt. År 2008 presenterades en sådan sammanställning inom alkoholområdet. År 2011, för några månader sedan, presenterades en sådan sammanställning på narkotikaområdet.

Vad vi har är en internationell konsensus över diagnostik, behandling och prevention.

Det sker en kraftig utveckling av kunskapen på en stor mängd olika områden. Vi har ett samspel mellan arv och miljö. Vi har länge vetat att arv är en viktig komponent när det gäller utveckling av beroende. Vi vet också att miljön är viktig. Det som kanske är viktigast är samspelet mellan dessa två komponenter för att man ska få en så bra behandling som möjligt.

Vi har nya läkemedel för att behandla alkoholberoende och olika typer av narkotikaberoende. Vi har en ny metodik för drogtestning. Det sker en snabb utveckling på olika sätt och kommer nya former för att analysera utandningsluft. Det som kanske är intressantast är att man kan göra håranalyser där man

kan följa vad konsumtionen har varit under olika perioder när håret växer. Det ger oss möjligheter att förstå denna problematik på ett nytt och unikt sätt.

Om vi ser på teknologiutvecklingen har vi en ny teknologi för intervention och behandling. Det är något som kommer mycket starkt. Många är positiva till denna typ av insatser, och sannolikt kommer denna typ av metodik att utvecklas.

Men vi har också en ny metodik för prevention där man försöker arbeta i lokalsamhället för att föra ut den specifika preventionsinsatsen beroende på hur lokalsamhället ser ut. Det är en stor skillnad mellan till exempel Malmö och Karlstad när det gäller typ av preventionsmodeller.

Vilka är då patienterna, klienterna, i svensk beroendevård? Det har gjorts en stor undersökning, en av de största internationella undersökningarna, av Robin Room och medarbetare 2003 på Sorad. Det var ett representativt urval av patienter och klienter i Stockholms läns missbruksvård. 1 865 individer intervjuades. Det var mest män, som det brukar vara inom beroendevården. Det var två tredjedelar som var alkoholberoende och en tredjedel som var narkotikaberoende.

Det som jag tycker var viktigast i denna undersökning var att så många av klienterna, patienterna, var marginaliserade. 17 procent var arbetslösa och bostadslösa. 68 procent var arbetslösa eller bostadslösa. Det var bara 15 procent som hade både arbete och bostad. Det innebär att en stor grupp av dem som har både arbete och bostad och som har ett alkoholberoende inte kommer till vård, och det känner vi till sedan tidigare.

Jag tror att Andreassons bild av proportionerna är viktig. Högst upp på triangeln finner vi beroende med stor problemtyngd vad gäller social funktion. Det är 50 000 individer. När det gäller beroende med låg till måttlig problemtyngd vad gäller social funktion rör det sig om 250 000 individer. Dessa 250 000 individer kommer vi inte i kontakt med i den nuvarande organisationen för beroendevård.

Andreasson och Sorad gjorde också intervjuer med 9 000 individer i normalbefolkningen. Man ställde frågan: Var söka hjälp om närstående får alkoholproblem? Här ser vi samma mönster. 57 procent svarade psykiatri och beroendevård, 19 procent företagshälsovård, 12 procent vårdcentral och 5 procent socialtjänst. Bilden är mycket entydig.

Om man tittar på personer med beroende med låg till måttlig problemtyngd vad gäller social funktion – de 250 000 individerna – finns det mycket behandling som är effektiv men som underutnyttjas. Vi har läkemedelsbehandling – Acamprosat, Naltrexon och Disulfiram som är samma sak som Antabus.

Vi har psykosocial behandling – korta men effektiva behandlingsinsatser – motivationsökande samtal, kognitiv beteendeterapi och modernare former av tolvstegsprogrammen.

Jag ska göra några korta reflexioner när det gäller narkomani. Amfetamin är fortfarande det vanligaste preparatet för intravenöst missbruk i Sverige. Det gjordes väldigt få insatser mot denna grupp under 1980-talet och 1990-talet.

Man hade egentligen inte någon tung satsning. Det var en rätt så unik typ av narkomani i Sverige.

Det som har hänt under den senaste tiden är att det är en snabb utveckling av farmakologisk behandling även om inget läkemedel ännu är godkänt.

Jag kommer inte att beröra frågan om heroin med tanke på den tid som jag har till mitt förfogande.

Missbruksutredningen föreslår att landstingets ansvar är rådgivning och behandling och att kommunens ansvar är rådgivning, psykosocialt stöd samt stöd till boende, sysselsättning och försörjning.

Jag tror att det viktiga är att man för över ansvaret för behandling till landstingen. Jag tror att den organisationsmodellen gör att vi har möjligheter att komma i kontakt med de 250 000 alkoholberoende individerna med liten eller måttlig social komplikation som är en av de viktigaste grupperna när det gäller beroendetillstånd.

Jag ska göra en sammanfattning. Den internationella utvecklingen innebär en samordning av diagnostik, sammanställning av kunskap och riktlinjer för behandling.

Landstingets övertagande av ansvaret för behandling innebär möjligheter att nå individer med låg till måttlig problemtyngd. Dessutom underlättas utvecklingen mot effektiv behandling av olika typer av narkotikaberoende.

Ordföranden: Vi tackar Mats Berglund. Vi går vidare på vår lista. Nu är det dags för Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, som representeras av Mats Eriksson som är ordförande i Sjukvårdsdelegationen.

Mats Eriksson: Tack så mycket och tack för att vi har fått komma hit för att redogöra för vårt yttrande i frågan.

Sveriges Kommuner och Landsting välkomnar den breda genomlysning av missbruks- och beroendevården som Gerhard Larsson har gjort. Det är ett viktigt område som behandlas. Vi huvudmän – det måste vi erkänna – har hitintills inte klarat av våra åtaganden på området på ett tillräckligt bra sätt.

Vi delar utredarens uppfattning att det finns ett behov av att vidareutveckla brukarinflytandet. Vidare gäller det samverkansfrågor och att förbättra vårdens innehåll och kvalitet.

Många av de frågeställningar som Gerhard lyfter fram kan lägga en grund för en positiv utveckling av hela missbruks- och beroendevården. Det handlar bland annat om att synliggöra nya målgrupper, om en stärkt roll för hälso- och sjukvården, om stöd till utveckling av integrerade verksamheter, om kompetensfrågor och om förslag om införande av vårdgaranti och auktorisation.

Vår utgångspunkt är också att missbruk och beroende utgör en komplex problematik där vi anser att det finns biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Därför måste missbruksvården och beroendevården vara rustad för att på bästa sätt möta behoven hos personer som kanske har tunga psykiatiska problem. De kan ha en tung social problematik, samsjuklighet med mera.

Mot bakgrund av just detta tillstyrker förbundet i allt väsentligt det som Gerhard föreslår, inte minst en förstärkt roll för primärvården. Vi ska också tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för rådgivning och behandling, inte minst inom tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, läkemedelsbehandling och psykosocial behandling.

Men vi har två större invändningar. Den ena gäller förslaget om en huvudmannaskapsförändring. Vi tror att man därmed kanske skulle sänka socialtjänstens ambitionsnivå ganska påtagligt. Den andra invändningen gäller detta med att upphäva LVM. Vi tycker att det finns anledning att tillsätta en parlamentarisk utredning som ser över tvångsvården över huvud taget eftersom vi har en psykiatrilagsutredning, en utredning om tvångsåtgärder gentemot barn och unga samt en utredning om demens. Det är väldigt viktigt att all tvångslagstiftning ses i ett sammanhang, för annars kan det bli knepigheter i lagstiftningen och så vidare.

Sammanfattningsvis menar vi att en vidareutveckling av missbruks- och beroendevården måste bygga på att frågan är komplex. Man måste mötas utifrån, som jag sade, både sociala och medicinska aspekter.

Vi i förbundet förordar en samlad reform som utgår från gällande ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting men som ställer ökade krav på samverkan.

Vi menar också att ökade krav på samverkan tillsammans med insatser som stimulerar uppbyggnaden av integrerade mottagningar stärker brukarinflytandet, ger en tydligare lagstiftning och ger tillgång till medicinsk kompetens och behandling samt en mer framskjutande roll för primärvården. Det här är viktiga delar i en ny strategi.

Vidare tycker vi att det är väldigt viktigt att vi blir ännu bättre på att ha en systematisk uppföljning. Vi vet att saker då brukar hända.

Herr ordförande! I allt väsentligt delar vi utredarens bild och förslag men har nämnda två större invändningar angående huvudmannaskapsförändringen och att man i så fall skulle upphäva LVM.

Ordföranden: Vi riktar ett tack till Mats Eriksson och går nu över till Socialstyrelsen som här representeras av Anders Tegnell, avdelningschef. Varsågod för ord och bild, Anders!

Anders Tegnell: (bilder, se s. 63 f. bild 1–10) Tack så mycket för att vi här får ta del av diskussionen om en väldigt viktig utredning och fråga! Också vi välkomnar utredningen. Ett omfattande arbete har gjorts. Det pekas på mycket viktiga aspekter på missbruksvården i Sverige, och det har kommit många bra förslag.

Jag börjar med det viktigaste. Många av förslagen är kopplade till varandra. Börjar man röra i någon del av det här stora komplexa systemet måste man vara medveten om att konsekvenserna i andra delar kan bli ganska stora.

Därför gäller det att här, liksom på så många andra ställen, ha ett helhetsperspektiv på frågan.

När det gäller huvudmannskapet och hälso- och sjukvårdens roll instämmer vi i stor utsträckning i utredningens ställningstaganden och förslag, inte minst eftersom vi ser att det finns stora brister. Fyra av fem personer får inte i dag, som flera talare tidigare här pekat på, adekvat medicinsk behandling.

Det sker en snabb och ganska omfattande utveckling inom området. Så sent som för några dagar sedan publicerade SBU rapporter från Storbritannien om nya preparat och om den evidens som finns för de preparaten och som visar att stora steg tas inom området.

SBU kommer ganska snart med fler analyser av liknande insatser, och Socialstyrelsen har tagit initiativ till revidering av de nationella riktlinjer som nämnts tidigare här – väldigt mycket med utgångspunkt i den utveckling som sker inom området och som vi verkligen tror kan förändra området väldigt mycket.

Vi tror också väldigt mycket på att, som utredningen pekar på, ett förändrat behandlingsansvar verkligen kan göra att man får ökad tillgänglighet avseende de här viktiga insatserna av olika skäl. Flera av skälen har tidigare nämnts.

Det är en väldigt stor andel av de personer som skulle få de här insatserna som kommer i kontakt med sjukvården och som inte kommer i kontakt med andra verksamheter, vilket ju är mycket viktigt.

Samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser är också en viktig aspekt. Man skulle kunna tänka sig att få en förbättrad behandling med ett tydligare samlat behandlingsansvar.

Dessutom vill vi understryka vikten av att det blir mer evidensbaserat inom området. Det finns väldigt mycket av en positiv utveckling inom området åt det hållet, men utvecklingen behöver stärkas ännu mer. Vi tror att ett tydligare behandlingsansvar för hälso- och sjukvården skulle styra denna utveckling samt, som påpekats här, vikten av att få en bra uppföljning av de effekter som man kan se av olika insatser som görs.

Men vi inser också, som SKL och andra pekat på, att en sådan förändring medför en hel del risker. Ska man göra denna förändring krävs det omfattande insatser för att inte tappa bort tidigare framsteg som under senare tid gjorts inom området med nya arbetssätt. Det är även väldigt viktigt att kommunerna inte tappar fart i sitt arbete här på det sätt som SKL beskrivit. Det krävs nog väldigt mycket av stödjande åtgärder för att man inte ska hamna i den situationen.

Med olika insatser har området utvecklats ganska mycket under senare år. Inte minst arbetet i riktning mot att använda mer evidensbaserade metoder har börjat ta fart. Det gäller att inte tappa de positiva erfarenheter som där finns.

Det här är väldigt mycket kopplat till andra förslag som också behöver finnas med. *Ett* grundtänk i utredningen är att den enskildes ställning behöver stärkas. Men vi tror att det kan göras inom den lagstiftning som redan finns

och att man inte ska skapa en särslagstiftning inom området. Vi tror också att en förstärkt vårdgaranti skulle kunna hjälpa till inom området.

Vi tror alltså inte på en ny lag om missbruks- och beroendevård, utan förändringarna här och de mål som satts upp borde gå att genomföra inom den lagstiftning vi i dag har.

Inte heller vi tror, som en del tidigare sagt, att ett upphävande av LVM i nuläget skulle vara en klok strategi. En förändring av huvudmannaskapet skulle innebära rätt stora påfrestningar på systemet. Att samtidigt förändra även relationen mellan LVM och LPT skulle kunna få rätt omfattande konsekvenser. Vi menar dock att man på sikt, när ett nytt system finns på plats, igen skulle kunna ta upp diskussionen och på nytt ta ställning till vad detta skulle medföra.

Slutligen: Vi utesluter inte att en förändring av nämnda slag på sikt skulle kunna vara positiv, men vi tycker att det är viktigt att ha ett helhetsperspektiv på de förändringar som nu görs. I ett första steg är det nog rimligt att i så fall diskutera hur man kan förändra huvudmannaskapet för just behandlingsområdet – detta som ett första steg – och därefter se om ytterligare förändringar kan och ska genomföras.

Ordföranden: Tack så mycket, Anders Tegnell! Vi går nu vidare till Kriminalvården. Lars Håkan Nilsson, medicinsk rådgivare, får nu ordet. Varsågod!

Lars Håkan Nilsson: (bilder, se s. 68 f. bild 1–11) Herr ordförande, mina damer och herrar! Jag företräder alltså Kriminalvården och ska förklara vad det är som gör att Kriminalvården stöder Gerhard Larssons förslag.

Jag har några bilder. Vi kan titta på fängelsepopulationen och gå hundra år tillbaka. Nu blir det inte 100 procent så ni behöver inte räkna – någonting har fallit bort här.

År 1910 är det framför allt för stöld som man sitter i fängelse. Våldsbrotten finns också där samt övriga brott, 19 procent.

Går vi hundra år framåt i tiden ser vi att man inte så ofta sitter inne för stöld. Med våldsbrotten är det ungefär likadant samt när det gäller övriga brottstyper. Däremot har rånen tillkommit, och gruppen övriga brott utgör 53 procent.

I gruppen övriga brott döljer sig narkotikabrotten. År 2009 hade 20 procent av alla brott direkt med narkotika att göra. Kriminaliseringen av narkotika innebär att antalet fängelseår har fyrdubblats. Det gör att fängelsepopulationen nu i hög grad består av en grupp narkomaner. Läger vi till våldsbrott begångna under alkoholpåverkan ser vi att vi inom kriminalvården har en stor grupp med en beroendeproblematik. Vi räknar med att 70 procent av våra intagna har en beroendeproblematik. På vissa anstalter är det närmare 100 procent av de intagna som avtjänar kortare straff. På de tunga anstalterna däremot där de mer yrkeskriminella sitter sjunker siffran ned till kanske 50 procent. Man kan inte vara påverkad vid rån av värdetransporter och liknan-

de. De vanliga mängdbrotten – stöld, tillgrepp och ringa narkotikabrott – begås av den grupp som nu sitter i våra fängelser.

Varför är då detta intressant? Jo, det gäller att kunna leva upp till vårt motto – se vår logga – *Bättre ut*. En silvernyckel låser in folk och en guldnyckel låser upp för folk. Man ska komma ut i ett bättre tillstånd än man var i när man kom in. Således måste vi ha en vettig vård för dem som finns i våra fängelser, både innanför och utanför murarna.

Var tredje intagen är dömd för narkotikabrott, och mer än varannan intagen använder narkotika. Årligen möter vi ungefär 10 000 narkomaner. Vi har 5 000 platser i kriminalvården, och vi har 2 000 i häkten och 15 000 i frivård.

Av dem som använder narkotika räknar vi med att 8 procent finansierar sina droger med legala inkomster. Det innebär att 92 procent av dem som använder narkotika bryter mot en lag. En heroinist måste dagligen stjäla för 5 800 kronor för att finansiera sitt heroinmissbruk.

Vi har gjort en undersökning av hur det är med våra narkomaner. Vi ser en samsjuklighet, precis som Gerhard talat om. 50 procent är påverkade av kroppsliga sjukdomar. Som vanligt är det kvinnliga intagna som är värst drabbade, 65 procent. 2 av 3 kvinnor har kroppsliga skador. När det gäller dem som utsatts för fysisk misshandel är 69 procent kvinnor. Totalt är det nästan 50 procent som utsatts för fysisk misshandel, och totalt är 43 procent utsatta för psykisk misshandel. Andelen utsatta kvinnor uppgår till 70 procent. När det gäller personer som utsatts för sexuell misshandel är 39 procent kvinnor. Allvarliga självmordstankar har nästan en tredjedel av våra intagna.

Den psykiatriska belastningen är hög. Av de dygnsdoser av läkemedel som vi tillhandahåller våra intagna är en tredjedel psykofarmaka. Hälften av Kriminalvårdens läkemedelskostnader hänförs till psykofarmaka. Det innebär att vi har en tung psykiatrisk belastning, vilket betyder att våra intagna måste ha hjälp både med missbruk och beroende och med psykiatri såväl inne på anstalten som när de kommer ut.

Det finns en uppfattning om hur man behandlar ett missbruk och beroende. Grovt sett finns det två typer av syn på sjukdomar, kan man säga.

Dels gäller det behandling som medför att symtomen försvinner. Det tycker vi alla, både doktorer och patienter, är mycket bra. Ett benbrott, en halsfluss, en lunginflammation eller en urinvägsinfektion medför en massa besvär. Man får adekvat behandling. Sedan är man av med problemen och återgår till funktionsnivån.

Dels gäller det en grupp tillstånd som inte är så roliga, så kallad continuous care. Där kan vi inte säga att vi botar någon. Vi kan minska symtomen och få folk att stanna kvar i behandling. Vi kan också få en förbättrad funktion och undvika komplikationer. Här återfinns högt blodtryck, astma och diabetes. Hela tiden måste behandling pågå. Vi skickar inte en diabetiker till ett behandlingshem och säger: Nu är du här fyra veckor och lär dig allt om din sjukdom. Sedan går du ut i livet och tar aldrig insulin- eller blodsockerkontroller. Så fungerar det inte. Beroendetillstånden är också av den typen sjukdomar. Vi botar inte. Däremot kan vi göra många insatser och informera. Men

vi måste ha någon typ av kontakt också fortsatt i livet. Det går inte att bara säga: Nu är du frisk och färdig, så ut igen! I stället lever man med sin sjukdom på olika sätt.

Hur ser då det ut som vi gör inom Kriminalvården? Ja, vi har psykosociala insatser, och vi har ett stort antal program. Alla är de ackrediterade. En vetenskaplig panel går igenom programmen. Vi har medicinska insatser, och vi tar in konsultläkare och psykiatrer. Vi har avtal med vissa landsting om att ha specialistpsykiatrer inne på anstalterna, exempelvis inom beroendevården. Men när man frigges och ska ut i verkligheten behövs det fortsatta insatser, psykosociala insatser från kommunen samt medicinska insatser från landstinget.

Problemet är att landstingen inte vill ställa upp på detta. När vi remitterar ut våra patienter får vi tillbaka remisserna. Man säger: Tack för remissen, men den här patienten tillhör inte specialistpsykiatriens kärngrupp. Men om socialtjänsten vill betala för dessa patienter kan vi ta emot dem.

Vi vill ha medel så att vi kan säga att landstingen *ska* ställa upp, för vi har komplexa behov. Vi har behov av läkemedelsbehandling. Vi har behov av psykiatri och psykosociala insatser. Vi måste få landstingen att ställa upp på detta. Den här differentieringen i två huvudmannaskap blir för oss fullständigt hopplös.

Där det fungerar, exempelvis i Stockholm, har vi vad vi kallar för ett integrerat team för omhändertagande av opiatberoende inom Kriminalvården. Det är ett samarbete mellan Kriminalvården och Stockholms läns landsting.

Grunden för detta är att vi vet att metadonbehandling minskar brottsligheten. I en av Socialstyrelsens utredningar ser man att brottsligheten går ned till 28 procent jämfört med tidigare. Egendomsbrotten går ned till 14 procent jämfört med tidigare. Om vi startar med behandling kan vi fortsätta den i frivården. De här personerna går i behandling och hämtar medicin, bland annat på Hantverkargatan här i Stockholm.

Från utvärderingen av de personer som kommit hit vet vi att de genomsnittligt varit i kriminalvården i 13 år. Varje år har de dömts till fem till sju månaders fängelse för fyra till sex brott. Gång på gång har det varit så i 13 år. Om vi kan lyfta ut den här gruppen och leva upp till vårt motto *Bättre ut* kan vi därmed spara väldigt mycket när det gäller både lidande och insatser. En genomsnittsheroïnist kostar varje år 2 miljoner kronor. Lejonparten ligger på rättssystemet.

Det brukar dyka upp frågor om Kriminalvården ska ägna sig åt behandling av opiatberoende. Bilden är gjord i Stockholm. 40 personer tas in till behandling. Alla får psykosocial behandling, rådgivning, återfallsprevention samt sedvanliga kontroller och hjälp med utbildning eller arbetsinsatser. De får också möjlighet till medicinska återbesök. Ena hälften får ett läkemedel som har effekt på opiatberoendet, det förkättrade Subutex. Andra hälften får sockerpiller. Efter 50 dagar har alla som fått sockerpiller slutat. Efter ett år är 75 procent av dem som får Subutex kvar i behandling.

Om vi har behandlingsinsatser i öppen vård som vi tror på, vilken grupp har då bäst effekt av de här insatserna? Ja, det är i alla fall inte de som slutar efter 50 dagar. I den gruppen dör fyra personer. Det innebär att en av fem personer dör. Det är bättre odds att spela rysk roulette, för då har man en chans på sex.

Vi tror inte på LVM. Vi hanterar den mest utslagna gruppen i samhället. Vi vet att det även i dag – det har utredningen visat – är så att de människor med missbruk och beroende som vårdas enligt LPT är lika många som de som vårdas enligt LRV. Däremot vet vi att LVM tillämpas på socialt stigmatiserade människor. Många psykiatrer väljer att inte använda LPT. Det finns Stockholmsjukhus där man säger: Vi kan inte bedöma om någon är påverkad och inte bedöma det psykiska tillståndet. Alltså skriver vi aldrig vårdintyg för dem, utan vi låter socialtjänsten ta hand om dem via LVM.

Psykiskt störda missbrukare med kriminell bakgrund får inte adekvat psykiatrisk vård, och LVM-vården är inte könsneutral.

Vilken betydelse har då detta för oss? Ja, våra kvinnor är, enligt tidigare bild, mest stigmatiserade, mest utsatta. I dag har de ingen glädje av den frivilliga vård som erbjuds. Denna är inte designad för kvinnor. Därför är kvinnorna överrepresenterade i LVM-omhändertagandet.

Sammanfattningsvis: Kriminalvården vill ha ett samlat behandlingsansvar så att vi kan se att de som har psykiska störningar och missbruk och beroende får behandling på samma ställe.

Det ska finnas en beroendevård där medicinsk behandling ingår. Det ska finnas ett tydligt ansvar för sjukvården att behandla personer med missbruk och beroende. Däremot är det viktigt att ha olika huvudmän för behandling och boende och sysselsättning. Vidare ska det vara *en* huvudman med ansvar för behandling i både öppen och sluten vård.

Ordföranden: Tack så hjärtligt för det! Vi ligger nu lite före i tidsplanen, så vi kan ta två av de talare som egentligen ska tala efter pausen. Berörda är förberedda.

Först går ordet till Akademikerförbundet SSR som representeras av sin förbundsordförande Christin Johansson. Varsågod!

Christin Johansson: (bilder, se s. 74 f. bild 1–4) Tack! Också jag vill tacka så mycket för inbjudan. Jag är alltså ordförande för Akademikerförbundet SSR och tillika socionom med erfarenhet från kommunal socialtjänst.

Egentligen vill jag börja med att tacka Gerhard Larsson, för jag tycker att missbruksvården nu fått den uppmärksamhet som missbruksvården förtjänar. Den är ett viktigt område och ett område som berör många i vårt samhälle. Därför är det viktigt att göra en prioritering och kraftsamla för att åstadkomma förändringar och ge en bra vård och behandling samt komma ifrån moraliserande och tyckande.

Akademikerförbundet SSR organiserar många inom missbruksvården. Egentligen finns man inom alla områden där missbruk hanteras – inom Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse, privata behandlingshem, socialtjänsten samt hälso- och sjukvården men även inom skolans elevhälsa.

Kort tänker jag göra några nedslag i några viktiga ställningstaganden som vi i en dialog med våra medlemmar inom området har gjort när det gäller sådant som vi tycker är viktigt. Jag återkommer till huvudmannaskapsfrågan som här i dag är ett huvudnummer. Vi vill också lyfta fram att det är bra och klokt att hålla fram primärvårdens viktiga roll i arbetet med att motivera och erbjuda stöd vid riskbruk och missbruk.

Vi delar SKL:s och Socialstyrelsens uppfattning om LVM, om att den lagstiftningen inte bör förändras nu. Det är möjligt att man kanske behöver en egen utredning och kanske en parlamentarisk utredning mot bakgrund av att ingripande med tvång i vuxna människors liv är ett etiskt svårt område som kanske förtjänar en egen del.

Jag blandar olika delar här men vill lyfta fram att vi har reagerat på förslaget om att minimiåldern bör sänkas inom sprututbytesprogrammen. Vi tycker att det är oförenligt med lagstiftningen inom LVU. Det krävs i så fall en egen diskussion om vad det skulle innebära.

Däremot är vi självfallet för tillgänglighet när det gäller sprututbytesverksamhet och tillgång till läkemedelsassisterad behandling runt om i landet.

Självklart tycker vi också att det är viktigt att satsa på specialistutbildningar, på ökad kunskap och på forskning inom detta fält i bred bemärkelse.

Stärkt brukarinflytande och delaktighet är självklart också viktiga områden.

Jag går nu över till vår syn på huvudmannaskap och ansvarsfördelning.

Vi kan dela uppfattningen att det ibland är komplext, att det ibland är svårt att få till stånd en bra samordning och en gemensam plan. Men jag tror inte att lösningen är att flytta huvudmannaskapet för vården och behandlingen.

Den bild man ger av missbruket och den bild som utredningen visar delar vi. Många människor lever i missbruk. Jag brukar till och med påstå att vi alla känner någon som har ett riskbruk eller ett missbruk – ett stort samhällsproblem. Många människor – allt från socialt väletablerade i ett riskbruk som är på väg att glida in i missbruk till människor med ett tungt injektionsmissbruk – har man inom det här området att hantera.

Jag tror inte att det är klokt att stänga ingångar. Vi ska väl i stället öppna ingångarna till vården. Vi behöver fler ingångar till vården för att åstadkomma en kvalitetsökning. Primärvården behöver bli duktigare på att upptäcka och tidigt intervensera vid riskbruk och missbruk. Samtidigt behöver vi tillgång till socialtjänstens vårdinsatser för de många missbrukare som söker sig dit.

I dag finns den största kunskapen inom kommunernas socialtjänst. Kunskapsutvecklingen har gått väldigt fort. Jag vet att professionen tar till sig detta. Den nationella riktlinjen håller nu på att implementeras. Den håller en hög kvalitet. Jag tror att detta kan äventyras om en förändring görs.

Ett annat perspektiv som jag tycker saknas i utredningen är detta med ett helhetsperspektiv. En ledstjärna i socialtjänstens arbete har varit att just se till helheten, att se saker i deras sammanhang. Utifrån ett missbruksperspektiv är det för att åstadkomma en helhetssyn viktigt att man parallellt kan planera för vård, boende, sysselsättning, försörjning och uppföljning och att man tidigt kan jobba motiverande. Det handlar också om en helhetssyn utifrån familjeperspektivet. Vi vet ju att barn och anhöriga runt missbrukare också drabbas vid missbruk. Som en yttersta konsekvens kan det vara fråga om barnskyddsutredning. För barn kan det allvarligt försvåras om man skulle tappa verktyget att kunna erbjuda vårdinsatser från socialtjänstens sida.

Ett annat område som oroar oss gäller behovet av förebyggande, uppsökande och motiverande arbete. Det är tyvärr inte så att alla med riskbruk och ett begynnande missbruk står i kö till vården och frågar efter vård. Snarare är det ofta så att man måste arbeta på ett motiverande sätt, och ofta är det kanske anhöriga som tar kontakt och vill ha hjälp för familjen eftersom det finns ett missbruk.

Därför är det så viktigt att vi satsar på ett motiverande, förebyggande och uppsökande arbete. Jag är rädd att det ytterligare begränsas ifall det blir en flyttning. Jag är också orolig för alltför medicinska inriktningar på missbruk. Mycket av nya medicinska kunskaper och läkemedelsassisterad behandling är vi självklart för. Det ska användas både inom primärvården och inom psykiatrin. Men detta räcker inte. Det finns fler områden att ta hänsyn till.

Detta hindrar inte att det kan behövas förtydliganden inom området. Också vi ser i dag problem. Våra medlemmar möter problem. Man kommer inte överens om i vilken ordning saker och ting ska ske. Det kan finnas ett behov av förtydliganden inom till exempel tillnyktringsverksamheten. Det kan också behövas stimulanser till en ökad samverkan och till att man underlättar för gemensamma beroendecentrum och uppbyggnaden av sådana. Detta, vet jag, pågår just nu runt om i landet. Till exempel i min hemstad Helsingborg förs diskussioner om att utveckla ett gemensamt beroendecentrum.

Jag tycker att det är viktigt att man fortsätter den positiva utveckling som sker. Till syvende och sist får man komma ihåg att det också handlar om att vi måste prioritera det här området. Det handlar faktiskt om att kommuner och landsting prioriterar arbetet med missbruk, avsätter resurser och satsar på fortsatt kunskapsutveckling.

Ett krav som vi också har är att det införs behörighetskrav inom socialtjänsten för att ytterligare höja kvaliteten och kompetensen inom det här området. Den specialistutbildning och den forskning som föreslås i utredningen är självfallet väldigt välkommen.

Joar Guterstam, Svensk förening för beroendemedicin: Herr ordförande! Tack för inbjudan! Det var kul att i alla fall någon inte tyckte precis samma sak som jag så att det blev lite olika till slut.

Jag heter alltså Joar Guterstam och är läkare och doktorand i beroendemedicin här i Stockholm. Jag representerar Svensk förening för beroendemedicin i dag. Vi organiserar alltså Sveriges beroendeläkare.

För att sammanfatta det kort tycker vi att Missbruksutredningen har gjort ett helt fantastiskt arbete och vill i stort sett stödja alla de förslag som har kommit fram, men jag ska peka på tre punkter som jag tycker är särskilt viktiga. Det handlar om kunskap och det handlar om behandlingsorganisationen, att stärka sjukvårdens roll i beroendefrågor. Till slut handlar det om att få en mänskligare beroendevård.

Den första punkten, kunskapsutvecklingen, berättade bland annat Mats Berglund om här i morse, att det framför allt är en fantastisk medicinsk utveckling och att det pågår tusentals kliniska prövningar över hela världen där vi testar nya lovande behandlingar för just våra patienter, de med beroendetillstånd. Vi måste ta lärdom av den här internationella forskningen. Vi kan inte ha provinsiella avarter längre. Vi kan inte jobba som vi alltid har gjort, utan vi måste lära oss nytt. Det tycker jag genomsyrar hela utredningen egentligen, med en lång rad förslag som kommer att stärka utvecklingen av beroendevården så att vi kan ta till oss ny kunskap.

En annan punkt är att stärka beroendemedicinens ställning i sjukvården. Det håller redan på att ske förstås. Vi blir fler och fler yngre läkare som inträtter oss för beroendemedicin. Det är inte längre någon lågstatusspecialitet utan fler och fler börjar förstå att vi faktiskt kan hjälpa människor med beroendetillstånd. Då blir det roligt, och det blir meningsfullt att försöka upptäcka beroendet, diagnostisera och behandla.

Att föra över ansvaret för behandling av beroendetillstånd till sjukvården tror vi kommer att ha en lång rad positiva effekter, framför allt med den ökade kunskap som kommer där och den forskningsutveckling som sker på det medicinska området snarare än inom socialtjänsten. Det handlar då inte bara om den specialiserade beroendevården förstås, utan det handlar lika mycket om allmänpsykiatri och även om de vanliga vårdcentralerna där ju den stora mängden av beroendepatienter finns och kommer att finnas i framtiden.

Slutligen har vi det mänskliga planet. Varför jag valde att bli beroendeläkare blev jag påmind om häromdagen när jag träffade Andreas, en av de första patienter som jag träffade när jag började med det här för fem år sedan. För fem år sedan var Andreas i 35-årsåldern. Han hade egentligen spenderat hela sitt vuxna liv i fängelse. Utanför fängelset fanns egentligen bara amfetaminmissbruket, så det blev snabbt återfall där. Han återföll i kriminalitet och åkte in igen.

Han hade misslyckats i sin kommun. Man erbjöd ett torftigt behandlingsprogram som han misslyckades i gång på gång, och han fick sämre och sämre självkänsla. Folk omkring honom började ge upp, trots att han fortfarande var ganska ung.

Det märkliga var att han egentligen aldrig hade träffat vare sig någon läkare eller någon psykolog. Ingen hade förstått att han verkligen var ett skolboksexempel på adhd, som man kallar hyperaktivitet och koncentrationsstör-

ning. När vi i den forskningsstudie som jag var med i då erbjöd honom medicinsk behandling och psykoterapi som var anpassad för det förändrades hans liv.

När jag träffade honom häromdagen, fem år senare, hade han i stort sett varit drogfri hela tiden. Han har inte varit tillbaka i kriminalvården en enda gång. Han har kunnat återknyta kontakten med sin mamma och sin syster som var bruten under flera år. Han har liksom först nu kunnat ha glädje av de socialtjänstinsatser som också har funnits där. Det nya förra veckan, när jag träffade honom, är att han för första gången i livet har fått ett riktigt arbete.

Det här tycker jag lite grann illustrerar poängen att vi måste ha ett tydligt ansvar. Det är först när man får en rimlig diagnostik och en adekvat behandling som man kan ta till vara socialt stöd.

Jag tror att Missbruksutredningens förslag kommer att göra att många fler får tillgång till sådana här saker, inte bara folk som råkar vara med i ett forskningsprojekt.

Det är förstås sådana erfarenheter som lockar oss yngre läkare till beroendemedicinen i dag och gör att vi i sjukvården vill arbeta med beroendemedicin och göra det mer framöver. Det är, som vi sagt, kroniska sjukdomar, men vi har effektiva behandlingar och vi får nya mer och mer effektiva behandlingar hela tiden.

Som representant för Sveriges beroendeläkare vill jag säga att Missbruksutredningen har gjort ett helt fantastiskt arbete och vi stöder helhjärtat dess förslag på en rad punkter, bland annat huvudmannaskapet. Det kommer att innebära att även våra patienter, människor med ett beroendetilstånd, kommer att få rätt till bästa möjliga behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ordföranden: Tack så mycket! Då är vi framme vid en kafferast. Kl. 10.30 exakt samlas vi här igen.

Ordföranden: Då återupptar vi vår offentliga utfrågning, som äger rum i riksdagens förstakammarsal. För eventuella tv-tittare som har kommit till vill jag säga att det är socialutskottet som för att bereda Missbruksutredningen har bjudit in ett antal gäster för att ge sina synpunkter. Vi har kommit halvvägs i vårt program.

Vi fortsätter med redovisningar. Vi gör en liten ändring, så att Svenska brukarföreningen kommer något senare, och lämnar nu ord och bild till Famna, som Kerstin Eriksson talar för. Varmt välkommen fram!

Kerstin Eriksson, Famna: Tack, herr ordförande, och tack för att vi får komma hit och dela med oss av våra tankar runt de här frågorna!

Först och främst vill jag säga som så många andra att vi verkligen har uppskattat utredningen och ser den som mycket positiv. Många av förslagen – i princip alla förslag – ställer vi oss bakom. Men vi har några kommentarer,

några invändningar och några saker som vi reagerar på. Men det är en mycket positiv utredning som har varit mycket efterlängtat.

Famna är en branschorganisation för idéburen vård och omsorg. I vår organisation har vi ett antal tongivande organisationer inom missbruksvården, som Stadsmissionen, LP-verksamheten, Räddningsmissionen och så vidare. Det är vi tillsammans som har formulerat remissvaret. Vi har också representation från Ersta diakoni här i dag.

Vi ställer oss bakom mycket av det som var orsaken till att utredningen gjordes. Vi ser ofta att många hamnar mellan stolarna. Vi får ofta rapporter från våra medlemsorganisationer att många inte får vård och behandling – en av fem. Det är inte acceptabelt i vårt samhälle att så få får behandlingsinsatser.

En sak som vi är mycket positiva till är allt det som skrivs om att stärka individens ställning. Det är sådant som vi kämpar för i våra organisationer, att stå upp för de utsatta. Just det att utredningen har haft fokus på de frågorna är mycket positivt. Vi ser fram emot att det också blir verklighet, att individens ställning stärks, med vårdgaranti för missbrukare. Vi skulle också vilja förstärka så att vårdgarantin utökades till barnen, så att de barn som finns i dessa missbrukssammanhang får en vårdgaranti.

Barnperspektivet över huvud taget skulle vi vilja lyfta fram ännu mer, att barnens perspektiv finns med vid en eventuell substitutionsbehandling och så vidare, så att man inte tappar bort det. Familjerna och de anhöriga är oerhört viktiga.

Så till dagens fråga om ansvar. Vi säger att det verkligen måste bli tydligare vem som bär ansvaret. Precis som jag sade tidigare får vi hela tiden rapporter om människor som hamnar mellan stolarna och inte får vård och behandling.

En grupp som vi ofta representerar är de tunga missbrukarna. De är verkligen värda att lyfta fram i det här sammanhanget. De tunga missbrukarna hamnar mellan stolarna i det system som vi har nu. Det måste komma ett system som tar hand om även den gruppen.

I övrigt ställer vi oss bakom utredningen. Vi tror på tanken om en delning av ansvaret mellan landsting och kommun. Bakgrunden är att någonting måste göras.

Vi tror på tanken. Vi tror att det kan bli effektivare vård. Inte minst med den samsjuklighet och så vidare som vi ser tror vi att fler kommer att få anpassad vård som de behöver – men det är under vissa förutsättningar. Vi har några saker som vi verkligen vill lyfta fram.

Om det blir så att landstingen tar hand om behandlingen är det viktigt att olika metoder och modeller för behandling fortfarande kan erbjudas klienten. Det får inte bara bli medicinsk behandling, utan de övriga beprövade metoderna och modellerna måste finnas med som behandlingsmetoder och behandlingsmodeller även fortsättningsvis.

Vi ser också med oro på landstingens besparings- och effektiviseringskrav. De leder ofta till krav på snabbare och billigare, och det rimmar många gång-

er väldigt illa med effektiv missbruksvård. Det öppnar också upp för mer substitutionsbehandling.

Vi tror visserligen att substitutionsbehandling är till hjälp för en grupp klienter. Men det måste även fortsättningsvis hanteras med varsamhet och restriktioner. Substitutionsbehandlingen får aldrig komma till på grund av besparingar eller för att ersätta andra beprövade metoder. Klienten måste få information och bli erbjuden också andra behandlingsmetoder.

Vi tror som sagt att fler kommer att nås och få vård med den nya strukturen. Men vi känner en oro när det kommer till gruppen tunga missbrukare, för där har man ingen vana eller tradition att söka hjälp hos landstinget. Det behövs insatser för att söka upp och möta den gruppen klienter. Famna skulle gärna se fler personliga ombud inom missbruksvården som stöttade och följde de olika klienterna till effektiva insatser.

En sista sak som jag tänkte ta upp är finansieringen. Det har också att göra med ansvaret och den skatteväxling och så vidare som är föreslagen.

I dag nås en av fem. Ambitionen måste självklart vara högre. Det kostar 17 miljarder om året, enligt utredningens beräkningar. De medel som man enligt utredningen räknar med att tillföra ser vi som alldeles för små. Man föreslår en skatteväxling. Men en skatteväxling får inte utarma kommunernas möjligheter och resurser för att utföra den vård och behandling som ligger på dem även fortsättningsvis.

Det måste tillföras mer resurser till missbruksvården för att man ska kunna nå utredningens ambitioner, som är jättefina.

Ordföranden: Tack så hemskt mycket! Då vandrar vi vidare till Riksförbundet narkotikafritt samhälle, RNS, och deras förbundsordförande Per-Erik Lundberg.

Per-Erik Lundberg, RNS: Ordförande, ledamöter, gäster! Jag är förbundsordförande i RNS. Jag har också lite kunskaper om narkotikaproblematiken, efter 30 år som polis. De senaste tio åren har jag varit kommissarie på länsnarkotikaroteln i Västmanland.

Från Riksförbundet narkotikafritt samhälle anser vi att det, för att man ska nå framgång i arbetet mot narkotikamissbruket, krävs att man har både rättsliga, behandlande och vårdande insatser. En restriktiv narkotikapolitik är grundläggande för att upprätthålla normen att icke-medicinskt bruk av narkotika inte är socialt accepterat, för att motverka nyrekrytering till missbruk och för att motivera narkotikamissbrukare att ta tag i sitt missbruk och gå in i behandling.

Det allra viktigaste är att se till att ungdomar inte börjar missbruka narkotika och – om de börjar – upptäcka dem i tid. Kontroll och stöd behöver sättas in i det här stadiet, där behovet av vård är begränsat.

Om samhället är effektivt i att motverka och upptäcka missbruk kan resurser frigöras, så att de narkotikamissbrukare som har etablerat ett narkotikabe-

roende får tillgång till kvalificerad behandling. Om vi tillåter att narkotikamissbruket växer blir det knappast möjligt, och vi sitter med ett helt ohanterligt problem på halsen.

Från RNS har vi yttrat oss kring ett antal av utredningens förslag, där vi bedömer att våra synpunkter kan vara av betydelse.

I vårt remissvar har vi framhållit att kommunernas socialtjänst även i framtiden ska ha huvudansvaret för missbruksvården. Det vore till nackdel för narkotikamissbrukarna om deras problem skulle delas upp mellan kommunen och landstinget, där kommunen står för ekonomiskt stöd och boende och landstinget står för vården. Landstingets ansvar för att utföra medicinsk vård behöver dock förtydligas i lagstiftningen.

Vi tycker också att den medicinska kompetensen inom socialtjänsten behöver förstärkas. Därför föreslår vi att regeringen utreder frågan om att återinföra socialläkare som är anställda av socialtjänsten.

Regeringens utredare vill göra det lättare att få läkemedelsassisterad behandling mot opiatberoende. Enligt de regler som gäller nu kan endast de som missbrukar opiater – opium, morfin och heroin – komma i fråga. Men den regeln verkar i princip vara upphävd, eftersom de som missbrukar Subutex kan komma i fråga för behandling.

Vi har också ett stort problem med ett sidomissbruk av Subutex. Det gäller Subutex som är insmugglad, ofta från Frankrike.

Det är svårt att trappa ned behandlingen med Metadon och Subutex. Det tycker vi har förbisetts av utredningen. Därför har vi i RNS i vårt remissvar tryckt på att sjukvården har ett ansvar för att utveckla metoder för att hjälpa dessa patienter att bli helt drogfria. Vi tycker också att den ansvariga läkaren alltid måste ha specialistkompetens inom psykiatri vid en beroendeklinik. Något annat skulle äventyra kvaliteten i behandlingen.

Vi tycker också att LVM ska behållas och att regeringen bör ta ett initiativ för att se över behandlingsinnehållet i LVM-vården och hur staten kan öka sitt ansvar för att finansiera LVM-vården, så att det inte blir på olika sätt i olika delar av landet.

Vi ser LVM som en möjlighet att rädda livet på en individ, att få möjlighet att avgifta individen och att utreda vilken form av behandling som han eller hon behöver och sedan inleda behandlingen.

Vi tycker också att regeringen bör utreda möjligheterna att införa så kallade drug courts och HOPE på prov på några orter, för att man ska kunna hjälpa dem som har dömts i domstol att frigöra sig från drogmissbruk.

I skolan bör fokus ligga på policyarbete och förebyggande insatser, kontroll och ingripande och stödjande åtgärder för elever som missbrukar narkotika.

De anhörigas situation måste också beaktas inom missbruksvården, och stödet till anhöriga till missbrukare behöver förbättras.

Avslutningsvis tycker vi att sprututbyte inte ska få förekomma inom svensk sjukvård. Vi tycker nämligen att endast tillfrisknande och drogfrihet

skyddar mot hiv och hepatit. Vi kan tänka oss sprututbyte som en sista utväg när det gäller vård i livets slutskede.

Ordföranden: Tack så hjärtligt! Då kommer vi till IOGT-NTO och dess vice ordförande Kjell-Ove Oscarsson, som nu äger ord och bild.

Kjell-Ove Oscarsson, IOGT-NTO: Tack för inbjudan att få vara med och lyssna och delta i samtalet i dag! Det är ju en viktig fråga. IOGT-NTO jobbar inte främst med vård och behandling, men vi har ändå två behandlingshem i dag. Det är en ökning med 100 procent, eftersom vi hade ett förra året och nu har två, så vi expanderar snabbt. Vi har också ett omfattande arbete lokalt som vi kallar kamratstödsarbete, där vi har flera tusen medlemmar med en bakgrund med missbruk som tillför vår organisation mycket.

I det här sammanhanget skulle vi vilja understryka ett helhetsbegrepp. Utredningen är mycket vid, men för att samhället ska kunna behandla och hantera dessa problem krävs det insatser över hela linjen.

Vi tycker att en förutsättning för en bra vårdpolitik är att det finns en tydlig och restriktiv alkohol- och narkotikapolitik. Sedan krävs det förstås socialpolitik, arbetsmarknadspolitik, bostadspolitik, kulturpolitik, rättsväsen och så vidare.

I stort sett inom alla politikområden finns det förutsättningar för att lägga en grund för ett minskat alkohol- och narkotikamissbruk. Det är också förutsättningen för att man ska kunna nå ett bra resultat på missbruksområdet. Det innebär alltså att man begränsar nyrekryteringen till ett missbruk. Det tycker vi är ett slags utgångspunkt i vårt arbete.

Detta tillsammans med attitydförändringar, information och kunskap är alltså viktigt även när man diskuterar vård och behandling.

Sedan till några olika punkter.

Vi tycker kanske att utredningen borde ha behandlat och tittat lite mer på den ideella sektorns möjligheter. Det finns en hel del kompetens där, som vi har hört tidigare. Vi tror att det skulle vara en möjlighet, inte minst i uppföljningen av arbetet på hemmaplan. Det är ju många som efter vård och behandling kommer till ett absolut vakuum. I den ideella sektorn finns det ändå stor kompetens och kraft som vi tror att man skulle behöva ta till vara.

Inom IOGT-NTO är vi kritiska till att vården läggs på landstinget. Vi tror att kommunen genom socialtjänsten är den lämpligaste huvudmannen. Vi hyllar alltså i det här fallet närhetsprincipen.

Vi skulle också vilja sätta ett plus i kanten för förslaget om vårdgaranti. Vi tror att det är ett sätt när det gäller de människor som i dag inte når vården utan hamnar i utkanten. Vi tror att det är ett sätt att från samhällets sida markera allvaret.

Vi har en annan punkt som vi vill framhålla. Vi talar om det mycket välkända begreppet med 385 000 barn som lever i missbruks- och riskmiljöer, som måste ges förutsättningar för en bättre uppväxtmiljö.

Mycket av det vi står för tycker vi gör det. Utredningen föreslår att kommunen utvecklar stödinsatser för de barnen. Men vi tycker nog att man lagstiftningsmässigt borde markera allvaret i detta genom att säga att det inte bara är ett uppdrag utan är lag och gäller.

Däremot är vi tveksamma till utredningens förslag till en utbyggnad av läkemedelsbehandling. Vi tycker att det finns andra program som man i första hand bör pröva och att vårdens inriktning och målsättning ska vara att patienterna ska bli helt drogfria.

Vi har satt ett plus i kanten för att man föreslår utbildning av personal på olika nivåer. Problemet är att det kostar pengar, och det saknas anvisningar om detta.

Utredningen har pekat på kostnader för mycket av det som sker inom området. En del av de åtgärder som föreslås kommer nog på sikt att ge besparingar. Men i ett inledningsskede kommer det nog att behöva satsas en hel del nya pengar. Man skulle kanske ha behövt lite anvisningar om var de ska tas.

Utredningen har visat på många bra exempel. Man har lyft fram ett bra material som det går att ta del av.

Vi är inte heller förtjusta i förslaget att vården hamnar inom psykiatrin, utan vi tycker att förslaget att utveckla LVM är bra. Det har också nämnts tidigare en möjlighet att se över den lagstiftningen. Det ansluter vi oss gärna till.

Vi har också gjort en notering om att vi är oroliga för de konsekvenser som utredningens förslag kan få för barn och andra nära anhöriga. Vi borde slå vakt om dem på ett mycket tydligt sätt. Det tycker vi är viktigt.

Avslutningsvis vill jag bara tacka Gerhard för att han har varit lyhörd och lyssnat till oss i många sammanhang vid möten inom frivilligsektorn och ställt upp och gett oss sin tid. Han har inte skrivit in alla goda förslag i utredningen, men han har funnits på plats och tagit sig tid, och det tycker vi är mycket positivt. Tack för det!

Ordföranden: Då lämnar vi budet till Svenska brukarföreningen, Berne Stålenkrantz. Varsågod!

Berne Stålenkrantz, Svenska brukarföreningen: Tack till socialutskottet för att ni har bjudit in Svenska brukarföreningen till denna utfrågning!

SBF har varit remissinstans till Missbruksutredningen. Jag kommer inte att ta upp den speciellt mycket, men jag tänker nämna lite av det som vi har fått fram ur en brukarundersökning som vi har gjort under året. Den besvarar ur ett brukarperspektiv många av de frågor som utredningen berör.

Brukarföreningen anser att brukarperspektivet tillsammans med politik, forskning och profession kan skapa något nytt och modernt, en politik som bygger på och är inriktad på humanism och skademinimering på både samhälle och individ.

Jag kan också tipsa om Röda Korsets *Rome Consensus*, som är en deklara-tion som 121 nationella Röda Korset-organisationer har skrivit under. Den bygger helt och hållet på deras ideologi och även på en narkotikapolitik som ska bygga på humanism och skadereducering.

Syftet med brukarenkäten har varit att få en fördjupad insikt i hur brukarna upplever behandlingssituationen och regelverket kring den. Enkäten är utformad för att dels kartlägga brukarens egna upplevelser och erfarenheter av substitutionsbehandling och vårdgivare, dels få en bild av attityder bland brukare. Hur känner man inför dem som ansvarar och den vård man får? Är man trygg eller känner man sig utsatt?

Ambitionen är att kunna använda studien på ett flertal sätt, som ett verktyg för att förbättra dialogen mellan profession och brukare och mellan politiker och brukare, genom att ringa in specifika områden, dels sådana som är problematiska och till hinder, dels sådana som kan utgöra goda exempel att bygga vidare på.

Studien kommer också att ha betydelse för ett allmängiltigt utvecklingsarbete i fråga om brukarperspektivet som metod och funktion. Enkätundersökningen är därför att betrakta som en pilotstudie.

Vår idé inför framtiden är att den ska kunna upprepas framöver med uppföljande studier för att mäta attitydförändringar och kvalitet. Den kan även användas som referens för andra komparativa studier rörande brukarperspektivet i flera sammanhang, till exempel akademiskt och internationellt.

Vad ska då brukarperspektiv vara bra för? Brukarföreningen anser med tydlighet att det är ett komplement till forskning, profession och politiker för att tillsammans skapa en modern, humanistisk politik och vård.

Tidigare jämförbara enkätundersökningar om brukare inom narkomanvården kan nämnas vara de enkäter som görs i regi av landstingen, som det i praktiken har visat sig vara svårt att få respons på, då bortfallen blir stora i denna patientgrupp.

Skillnaden mellan dessa och den som genomförs av målgruppen själv ligger framför allt i vad det frågas om och vilket perspektiv man använder sig av. Att vården vill ha svar på om de möter de formella kvalitetskrav som ställs på just deras verksamhet är förståeligt, liksom att forskare frågar efter hur det går och om tunga missbrukare blir drogfria, vilket är ett politiskt ideal. Med hjälp av behandlingen är det intressant ur ett samhällsperspektiv.

För brukarna är det dock inte självklart att dessa frågor besvarar vad vi själva anser vara viktigt. Kvalitet innebär också förtroende och trygghet, även då man uppvisar icke önskade beståenden eller inte har uppnått de mål och ideal som man söker uppnå på samhällsnivå.

Denna dimension utgör ett brukarperspektiv och innebär andra slags frågor och andra sätt att fråga. Man kan mycket väl vara nöjd med vårdformen, dess existens och att man får vara en del av den men ändå vara missnöjd med hur den utförs. Brukarperspektivet utgår alltid från det självupplevda.

Jag vill nämna ett par frågor från själva rapporten. Vi kommer att ha den klar om en månad. Det är 357 brukare runt om i landet: Umeå, Stockholm,

Göteborg och Malmö. Varje intervju har tagit runt en halvtimme eller 45 minuter, så det är ganska komplett.

Genom att Missbruksutredningen tar upp tillgänglighet och behov har vi en fråga i enkäten som handlar om just det. Behovet att träffa läkare behöver dock problematiseras. Det är inte alltid klinikkäkaren som ska tillgodose de behov som brukarna redovisar som skäl för att vilja träffa läkaren, utan det kan vara läkare till exempel i primärvården eller specialister.

Brukarna svarar på vilka behov de har av att träffa en läkare i allmänhet. Det handlar om vitt skilda saker, både medicinska och praktiska, som behov av intyg för körkort eller sjukintyg, adhd-utredningar, behandling mot hepatit C men också en del förekommande psykologiska och psykiatriska behov.

50 procent anser att det är lätt, och 49 procent anser att det är svårt att träffa en läkare. I Skåne tycker majoriteten att det är lätt: 67 procent. I Göteborg är det svårast. Där anser 81 procent att det är svårt att få tid till en läkare. Det är ganska problematiskt. När man har ett behov måste det gå snabbt, liksom när man begär vård. Tv-programmet i går visade det tydligt, med utredningstider på tre månader. Det är mysiko.

Beträffande stödåtgärder när man står inför risken att bli ofrivilligt utskrivna anser 69 procent att de inte har erbjudits något annat i stället för en uteslutning.

Så till urinprover. På frågan om vad man anser att ett urinprov är och vilket syfte urinprovet har har många valt att kryssa i flera alternativ. De flesta har kryssat i två, tre eller fyra alternativ. Framför allt har många ansett att urinprov mer är en fråga om kontroll och bestraffning och dessutom är onödigt, än att det upplevs som ett stöd för dem.

Att urinprov upplevs som bestraffning är inte konstigt, med tanke på att det just används för utskrivning eller för indragning av möjlighet att hämta doser på apotek. Det innebär även dagliga besök på kliniken och med det ännu mer kontroll över deras liv.

Jag vill avsluta med ett citat från en kvinnlig patient i Stockholm.

Det kan finnas många skäl till ett sidomissbruk. Till exempel kan man ha andra diagnoser och sjukdomar. Man kan även ha en otillräcklig dos. Sluta att skriva ut folk och ha en bredare syn på behandling, inte bara stirra sig blind på regelboken. Om utskrivningen, kortare strafftider, onödigt eftersom fusket finns om man vill, och provsvaren är inte hela sanningen. Strafftänkandet hindrar ärligheten, speciellt för återfall. Därför kan sidomissbruk bli svårare att stävja. Det blir till och med ett hinder för att man slutar snabbt.

Det var ett exakt citat från en kvinna i Stockholm.

22 procent anser att urinprov är ett stöd. 69 procent anser att det är kontroll.

Ordföranden: Tack! Då har vi två talare kvar. Den första är forskningsledare Therese Reitan från Statens institutionsstyrelse.

Therese Reitan, Statens institutionsstyrelse: (bilder, se s. 76 f. bild 1–5) Sis är alltså huvudman för LVM-vården och ansvarar för vård och behandling av de mest utsatta och tyngsta missbrukarna. Vi har ungefär 1 000 klienter per år, och det antalet har varit ganska stabilt sedan mitten av 2000-talet. Det är alltså en väldigt liten del av de ungefär 50 000 med den största problemtyngden, som Mats Berglund talade om tidigare här i dag.

En del av våra klienter har provat läkemedelsassisterad behandling, men den har havererat av någon anledning, och då har de ett missbruk av Subutex och Metadon pågående.

Sis har ett nationellt uppdrag. Vi säger sällan nej när socialjouren ringer, och vi avvisar inga på grund av att de skulle vara för svåra. Det är viktigt att komma ihåg.

Våra klienter är i behov av insatser från både kommuner och landsting. Det avgörande är att kommunerna även fortsättningsvis har det yttersta ansvaret för sina invånare. Vi avstyrker därför utredningens förslag om huvudmännens förändrade ansvar på det här området. Vi befarar att det skulle innebära att kommunerna fråntas möjligheten att ta sitt ansvar.

Icke desto mindre pekar utredningen på att det finns brister i samverkan mellan kommuner och landsting. Vi vet att det finns sådana också när det gäller de tyngsta missbrukarna. Vi tror dock att det går att åtgärda bristerna utan förändringar av ansvarfördelningen mellan huvudmännen eller ny lagstiftning.

Förslaget om en förstärkt vårdgaranti bedömer vi är bra i sig, men det kommer att ha en försumbar betydelse för de tunga missbrukarna, som själva inte förmår söka vård. Det är en del av problematiken.

LVM och relationen till LPT har varit uppe här flera gånger. I vårt remissvar har vi pekat på att vi inte delar utredningens bedömning att i princip alla som i dag tas in enligt LVM i fortsättningen kommer att kunna tas in enligt LPT. Vi befarar i stället att det skulle innebära att majoriteten av dem som i dag vårdas enligt LVM skulle bli utan adekvat vård. Vi avstyrker alltså det förslaget. Vi tror inte att detta är helt jämförbara grupper.

Vi har i våra undersökningar av de klienter som tas in enligt LVM sett att det finns en stor psykisk ohälsa bland dem, men därmed är inte sagt att de skulle kunna vara aktuella för vård enligt LPT, som ju kräver att man har en allvarlig psykisk sjukdom, och det är en annan sak.

Frågan om rättssäkerhet har varit central i utredningen. Det välkomnar vi. Det är oerhört viktigt och betydelsefullt att den frågan lyfts fram. Vi tror däremot att de svagheter som utredningen pekar på angående LVM-vården – till exempel att den praktiseras olika i olika delar av landet – inte kommer att förbättras. Snarare kommer vården att försvagas om klienten, missbrukaren, vårdas enligt LPT i stället för enligt LVM.

Vi har gjort en liten sammanställning där vi bland annat har tittat på vårdtider, prövning i domstol, möjligheten att överklaga beslut och vilka särskilda befogenheter som finns i LVM respektive LPT, och vi tycker inte att vi kan se att det skulle bli någon förbättring i rättssäkerheten, snarare tvärtom.

Utifrån förutsättningarna och det som egentligen är huvudsyftet med LVM-vården, nämligen att motivera till frivillig vård, tycker vi att vi lyckas hyfsat väl. Ungefär tre fjärdedelar av våra klienter provar inom ramen för sin LVM-tid vård i öppnare former, och det tycker vi är bra. Men det är klart att det finns en del att göra, och det går att utveckla och förbättra vården ytterligare.

Något som vi har ställt oss positiva till är bland annat detta med ökat brukarinflytande. Vi tror att det som gäller ökat brukarinflytande i missbruks- och beroendevården också borde kunna gälla LVM-vården.

Också detta med kompetensförstärkning är betydelsefullt. Det stöder vi på alla sätt och vis. Det finns ett behov av kompetensförstärkning inom hela missbruks- och beroendevården, och naturligtvis också inom LVM-vården.

Det finns alltså en hel del att göra, och utredningen har lyft fram många viktiga frågor och aspekter som det går att ta tag i. Det gäller att samla alla goda krafter, och för att säga det på trönderdialekt: Det er itt' nå som kjem tå seg sjøl. Nu fick stenografen en utmaning.

Ordföranden: Tack! Sist men inte minst är det Vårdföretagarna, som representeras av förbundsdirektör Inga-Kari Fryklund.

Inga-Kari Fryklund, Vårdföretagarna: Jag är alltså ansvarig för Vårdföretagarna, som är en arbetsgivarorganisation men också en intresseorganisation för privat vård och omsorg. Vi är ungefär 2 000 medlemsföretag – alltifrån tandläkare till äldreomsorg och vårdgivare inom missbruksvården. Vi har ingen särskild branschorganisation för dem som arbetar med missbruksvård.

En stor del av missbruksvården sker i dag med privata leverantörer. Ungefär 75 procent av HVB-hemmen finns i privat regi. Därför är vi väldigt positiva till att man också har tagit upp detta i utredningen. De privata vårdgivarna är en viktig del av det hela. Det innebär också att jag i mina synpunkter här främst kommer att kommentera privata vårdgivares möjligheter att verka i systemet.

Huvudmannaskapsfrågan är naturligtvis otroligt viktig. Vi tar ingen direkt ställning till huruvida det ska ändras eller inte, men vi säger att det måste bli mycket tydligare än det är i dag. Det måste alltså bli en tydligare reglering av vem som ansvarar för vad. I dag finns det glapp och sådant som faller mellan stolarna.

Om det blir ett utökat ansvar för landstingen måste man fundera över vad det leder till. Då är ju både specialistvården och primärvården involverade i det. Då måste man också tänka på att vi nu har vårdvalssystem i landet och att man måste se till att man tar hänsyn till ersättningssystem och liknande. Det är viktigt att de beslut som tas också kommer att kunna fungera.

Vårdföretagarna anser att förslaget om en lagfäst förstärkt vårdgaranti och därmed möjligheten att fritt kunna välja vårdgivare kommer att innebära stora möjligheter och en positiv utveckling för den svenska missbruks- och beroen-

devården. Vi är alltså mycket positiva till att det finns ett sådant förslag i utredningen. Det kommer att kunna ge en mångfald av vårdgivare och leverantörer, och det ger en stark ställning för individen, vilket vi tror är viktigt här.

Ett annat område som utredningen tar upp är kvalitetsmätningar. Vi understryker att de måste bli mycket tydligare än de är i dag, och vi förespråkar starkt mer nationella kvalitetsmätningar, och de ska gälla lika för privata vård- och omsorgsföretag som för offentliga vårdgivare. Om man ska kunna välja på ett bra sätt måste kvaliteten vara tydlig. Det är viktigt både för politiker, tjänstemän och enskilda personer.

I utredningen pekar man på auktorisation. Det tycker vi är bra, och vi ställer oss helt bakom att man har någon form av auktorisation. Även här framhåller vi att det ska gälla lika för privata och offentliga vårdgivare. Ska man verka i samma system ska det vara samma regler som gäller. I dag är det inte så. Vi tycker att det är viktigt att det hela blir rättssäkert och att det sker på samma sätt.

Ett annat område som också tas upp i utredningen är kompetensfrågor. Vi håller helt med om att detta område måste utvecklas och att vi behöver höja kompetensnivåerna. Det är då viktigt hur det görs. I dag är det många som jobbar i dessa verksamheter och kanske inte har den kompetens som efterfrågas. Då måste man hitta bra övergångslösningar.

Vi tycker också att det är viktigt att se till att privata vårdgivare finns med i processen med att ta fram de kompetenskrav som kommer att krävas. Ett exempel som jag har fått som medskick från flera medlemsföretag är tolvstegsprogrammet. Där finns det ingen nationell utbildning för att komplettera den erfarenhet som man har. Vi tycker att det borde vara så och är väldigt positiva till att försöka medverka till något sådant.

Ett annat område som man pekar på är att det redan i dag är svårt att rekrytera personer med rätt kompetens och erfarenhet. I systemet krävs ofta praktikplatser, och där finns ett särskilt problem när det gäller missbruksvården, för där är man väldigt rädd för att ta in personer som inte har med verksamheten att göra och som inte har tillräcklig erfarenhet och kompetens. Samtidigt behöver vi se till att folk får erfarenhet och praktik. Där är man från branschen väldigt restriktiv i dag.

Jag tror att vi gemensamt måste hitta formerna för hur detta ska gå till. Får vi inte personer med bra utbildning och erfarenhet har vi på lång sikt heller inga att rekrytera.

Vi är alltså mycket positiva till den stärkta ställningen för individen i och med vårdgarantin. I förslaget finns dock en 30 dagars begränsningsperiod, alltså att man ska få välja först efter 30 dagar. Vi tycker att man borde kunna få välja från början. Vi förstår alltså inte 30-dagarsregeln.

Vi tycker att det är bra med kvalitetsmätningar, för det måste bli tydligare där, och vi står bakom auktorisationsförslaget. Vi tycker att kompetensfrågorna är viktiga, och där är vi gärna med och medverkar på olika sätt. Huvudmanna-skapsfrågan måste bli mycket tydligare.

Ordföranden: Tack så mycket! Då har vi gått igenom samtliga inbjudna talare, och stunden har nu kommit till att ledamöterna får ställa frågor.

Christer Engelhardt (S): Jag har en fråga till Kjell-Ove Oscarsson. Du saknade den ideella sektorns möjligheter. Var i missbruksvården anser du att frivilligsektorn bäst skulle kunna komma in?

Metin Ataseven (M): Min fråga går till Anders Tegnell, Socialstyrelsen, och till Gerhard Larsson. Jag undrar om ni har tittat på Södertäljemodellen, där kommun och landsting samarbetar? Den har som mål att ingen ska hamna mellan stolarna. Man har gemensam planering, och man sätter den enskildes behov i centrum. Hur tror ni att det kommer att fungera med de redan etablerade samarbetsformerna mellan kommuner och landsting om ansvaret för behandling helt förs över till landstinget?

Eva Olofsson (V): Jag väljer att ställa min fråga till Christin Johansson för att något väga upp den medicinska tyngdpunkten här. Huvudmannaskapsförändringen skulle innebära en stor omorganisation med nya gränsdragningar. Det är jag inte positiv till. Men samtidigt ser vi att många människor i dag ramlar mellan stolarna. Christin Johansson var inne på detta med exempel från Helsingborg. Vad ser du för möjligheter att utan huvudmannaskapsförändring fånga upp de människor som i dag hamnar mellan stolarna mellan kommun och landsting? Vad kan man hitta för alternativa förslag?

Kjell-Ove Oscarsson: Tack för frågan! Vårt arbete bygger på den lokala föreningen ute i landet. Sedan har vi behandlingshem och också folkhögskolor. Vi har en idé där vi rekryterar folk genom vårt kamratstödsarbete, som vi kallar det på lokalt plan. Där har man möjlighet att gå vidare till ett behandlingshem och sedan till en folkhögskola. När man sedan kommer hem, antingen från behandlingshemmet eller från folkhögskolan, har man möjlighet att gå in i ett aktivt lokalt arbete. Det är ett bra exempel på hur vi som ideell organisation kan vara med i det här arbetet.

Anders Tegnell: Tack för frågan! Som jag försökte uttrycka är det viktigt att man inte med de här förändringarna av huvudmannaskapet förstör de samarbeten som finns. Vår bedömning är att det inte finns någon anledning att tro att de ska behöva förstöras. En tydligare fördelning av ansvaret borde göra det lättare att ha ett samarbete. Dessutom finns det många andra exempel på andra sjukdomar på det psykiatriska området där man har ett välfungerande samarbete mellan huvudmännen. Vi ser ingen anledning till att det inte skulle kunna genomföras också på det här området.

Gerhard Larsson: I Stockholms län, där Södertälje ingår, har man ett antal gemensamma mottagningar, som underlättar att möta den samtida insatsen. Det vi vill göra är att från dessa i och för sig inspirerande upplägg ta ytterligare ett steg och jobba med beroende och annan psykisk sjukdom som man än inte når med den här modellen i Stockholm. Det handlar också om att fånga in problematiken med läkemedelsmissbruk och dopning, som man inte heller når på detta sätt i dag.

Sett över landet är modellen i Södertälje och Stockholms län ett steg framåt, men vi behöver ta ytterligare rejäla steg för att nå fler – inte bara en av fem, vilket man knappt orkar med ens i Stockholm i dag.

Christin Johansson: Jag tror att man kan göra mycket mer för att stimulera samverkan mellan kommuner och landsting. Det finns en rad olika exempel runt om i landet. Jag tror också att det finns en drivkraft att åstadkomma detta både hos professionen och i landsting och kommuner. Där är också stärkt brukarinflytande en viktig del. Man ska ha tillgång till både landstingens och socialtjänstens insatser.

Sedan finns det anledning att göra förtydliganden i lagstiftningen, till exempel när det gäller tillnyktringsverksamheten. Men oavsett vad man väljer kommer det att finnas brytpunkter och behov av samverkan. Jag tycker att det är klokt att bygga vidare på det som redan håller på att utvecklas.

Anders W Jonsson (C): Det har kommit in många remissvar på utredningen. Jag undrar om Gerhard Larsson har någon uppfattning om hur de andra remissinstanserna – de som inte finns här i dag – ställer sig i den centrala fråga som utskottet har valt att ställa vid dagens hearing.

Barbro Westerholm (FP): Jag har en fråga till Mats Eriksson. Vad är det mer konkret i kommunernas insatser för missbruksvården som försämras om landstingen får det ansvar utredningen föreslår?

Lennart Axelsson (S): Jag vill ställa min fråga till Kriminalvården och Lars Håkan Nilsson. Om jag förstod rätt var ni positiva till utredningens förslag. Jag har förstått att ett stort problem i missbruksvården är vad som händer efter att man har varit på anstalt eller på behandlingshem. Där finns det brister i dag. Tror ni att en överföring av ansvaret till landstingen skulle göra att kommunerna förbättrar sitt mottagande av kommuninnevånarna, alltså att det blir mer tid till det?

Gerhard Larsson: Remissammanställningen i Regeringskansliet pågår. Det är ungefär 200 remissyttranden som har kommit in. Jag uppfattar att det finns en stark uppslutning bakom förslagen när det gäller reformområdet Tidig upp-

täckt och intervention. Jag uppfattar också en stark uppslutning bakom stärkt ställning för individen.

När det gäller vårdens innehåll, boende och sysselsättning, som är reformområde 5, finns det ett 15-tal förslag. Även om de flesta har en mångfald som stöttar förslagen finns det vissa delar, exempelvis substitutionsbehandling och sprutbyte, där uppfattningarna är delade.

När det gäller att fördjupa insatserna för barn och ungdomar, kombinerade insatser för alkoholberoende, användning av läkemedel och för psykosocial behandling finns det tydlig uppbackning när man ser till antalet remissinstanser. Sedan får man naturligtvis begrunda de olika kvalitetsaspekterna och synpunkterna i de enskilda remissvaren.

När det gäller satsningen på kvalitet, kunskap och kompetens, som är reformområde 5, finns också tydlig uppbackning om att detta behövs.

När det gäller vård utan samtycke är merparten försiktiga. En del vill helt avstå från att genomföra någon förändring här utom att möjligtvis förbättra nuvarande lagstiftning. Andra vill se ett mer samlat tag på tvångsvården.

När det gäller förslagen om samspelet med Kriminalvården, om polisens roll och samspelet med sjukvården – det gäller förändringen av LOB – är det tydligt att remissinstanserna backar upp huvuddelen av förslagen.

När det gäller arbetsplatser och arbetsmarknadspolitiken är bilden mer att de flesta stöder att man vill få detta genomfört, men det finns en del synpunkter.

Sedan har vi det som är dagens debattämne, nämligen ansvarsfördelningen. Där har jag uppfattat att det finns starka sympatier för att samla behandlingsansvaret, men det finns delade ståndpunkter när det gäller huruvida man ska gå till en särskild lagstiftning för att reglera ansvaret. En hel del remissinstanser talar i stället om att komplettera socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen med motsvarande bestämmelser. Det finns ett vägval här.

Mats Eriksson: Det vi befärar har att göra med att det i socialtjänstlagen ju finns ett mått av rättighetskonstruktion. Det gör det inte i hälso- och sjukvårdslagen. Vi kan också ana att det skulle bli ett minskat utbud och en viss dränering av den kompetens som finns i dag.

Vi vet att nästan varje gång det sker organisatoriska förändringar stjälar det kraft från det uppdrag vi är satta att sköta. Vi tror fortfarande att det vore bäst att bygga på det som finns. Men det är helt rätt att vi kan bli mycket bättre.

Lars Håkan Nilsson: Tack för frågan! Det finns 43 kommuner som knappt lägger en enda krona på beroendevård, men över lag är kommunerna inget problem för Kriminalvården. Vi har försökt tillskapa vad vi kallar treklövermottagningar – kriminalvård, socialtjänst och landsting – på ett par ställen i landet. I Göteborg fungerar det. Många av våra klienter säger att det är första gången de möter en psykiatrisk vårdinrättning där de känner sig hemma. Det

här är en grupp som över huvud taget aldrig har haft möjlighet att söka den vanliga vården.

Däremot är problemet att landstingen inte alltid vill ställa upp. I Västmanland fick vi lägga ned projektet eftersom landstinget inte kunde avsätta läkartid. Socialtjänsten och vi var positiva. Problemet är alltså inte socialtjänsten. De är ofta med på banan. Problemet är att få tillgång till psykiatrisk vård och landstingsvård.

Roland Utbult (KD): Min fråga handlar om bemötande, och jag skulle vilja ställa den till Gerhard Larsson. Jag har själv tio års erfarenhet av en organisation i Göteborg som jobbar med missbrukare och människor med psykiatrisk problematik. Vi har också i utskottet talat mycket om bemötande.

Om en person med missbruksproblem hamnar på akuten finns det en risk för att den personen behandlas sämre och får mindre respekt. Hur viktigt anser du att bemötandet och den missbrukande personens egna önskemål när det gäller typ av behandling är?

Magnus Ehrencrona (MP): Min fråga rör något som Akademikerförbundet tog upp, nämligen barnperspektivet. För mig är det oerhört viktigt vilken effekt huvudmannaskapet har för barnperspektivet. Detta skulle jag vilja fråga Gerhard Larsson om.

Teres Lindberg (S): Jag skulle vilja ställa min fråga till Gerhard Larsson. Den rör huvudmannaskapet och LVM. Problemet i dag är ju att vi inte klarar av att ge rätt insatser i rätt tid, och kommunernas möjligheter att fånga upp individer varierar ganska kraftigt över landet. Risker är ju att det som i dag är LVM-vård – alltså där vi faktiskt tvångsvårdar missbrukare oavsett om det sker inom psykiatri eller inom ramen för LVM – får precis samma variation. Det är inte vad vi borde eftersträva. Är det då rätt att fokusera på huvudmannaskapet? Borde vi inte i stället skärpa reglerna för den samordning av socialtjänst, landsting och LVM-vård som finns i dag?

Gerhard Larsson: Gott bemötande är en viktig fråga. Det är uppenbart att vi måste lyfta både socialtjänstens och sjukvårdens sätt att bemöta personer med beroende. Det handlar om både alltifrån det professionella bemötandet och den politiska prioriteringen av dessa frågor.

Du pekar på detta med akutmottagningen. Tyvärr är det vanligt i dag att en person som är påverkad på något sätt och har skadat sig kommer in på en akutmottagning och visserligen får hjälp med själva skadan, men man bryr sig inte om beroendeproblematiken. Så lämnar vederbörande akutmottagningen och kommer kanske tillbaka efter några veckor igen med en ny skada, och då sker samma sak.

Jag pekar på detta som en delfråga i sammanhanget. I några länder finns en skyldighet, exempelvis i Danmark, att i en akutmottagning observera att det finns en bakomliggande situation med beroendeproblematik. Då kan man puffa på individen att komma in i en behandlingssituation, föreslå och påverka. Den ordningen har vi inte i dag.

När det gäller bemötandet generellt har jag sett det som viktigt att gott bemötande lyfts in i det nya lagförslaget. Det är för att markera att denna grupp ofta kommer i ett sämre utgångsläge i kontakten med professionen. Det finns gott bemötande i lagstiftningsförslaget. Det enbart löser det inte. Men det gör det möjligt för arbetsgivaren att med sina personalorganisationer utarbeta etiska riktlinjer som personalen ska följa. Man kan då rent arbetsrättsligt påpeka konsekvenser om man har lyft in det på det sättet.

Jag lyfter också fram i lagstiftningen att brukarens egna ambitioner och önskningar beträffande val av behandling ska väga tungt för det team som ska bedöma behandlingsinsatserna. Man ska särskilt beakta den enskildes önskningar.

De här förändringarna kräver att det också rent utbildningsmässigt kommer in bemötande i utbildningar av berörd personal, i det korta perspektivet i samband med vidareutbildningar, i det längre perspektivet i grundutbildningarna. Det finns också förslag om detta.

När det gäller Magnus Ehrencronas fråga om huvudmannaskapet och barnperspektivet skulle jag gärna ha kommit längre när det gäller det några har tagit upp här. Det gäller kopplingen till barn som växer upp med missbrukande föräldrar. Jag lägger fram några viktiga förslag när det gäller att bryta barriärerna inom kommunen mellan olika förvaltningar som hanterar de här frågorna, den vuxna missbrukaren och barnen. Det är olika förvaltningar. Det handlar om att bryta detta genom förändringar i sekretessbestämmelser.

Jag lyfter också fram det genom ett tydliggörande i huvudmannaskapet. I de situationer när det är barn inblandade ska det vara ett särskilt samarbete mellan kommunen och hälso- och sjukvården och beroendeorganisationen där. Det ska upp i den individuella plan som det är obligatoriskt att göra från kommunens sida om båda parter ska vara inblandade. Där talar man om när och hur olika saker ska falla in inklusive detta.

Där jag hade velat komma längre är rekommendationer om hur man ska jobba med barn som växer upp med missbrukande föräldrar. Jag fick tyvärr lära mig att det hittills inte har kommit fram forsknings- och utvärderingsmässigt om man ska jobba ihop med barnen och föräldrarna samtidigt, om man ska skilja barnen från föräldrarna, om man ska resa i väg båda grupperna eller inte. Vi har inte den kulturen i Sverige.

I Norge finns visst forskningsunderlag och i Holland. Men vi har inte anpassat detta till strukturen där vi har två parallella huvudmannaskap i Sverige som är inblandade i de här sammanhangen och hur man utifrån detta lämpligen jobbar. En prioritet i förslaget är nya forskarskolor för att stimulera fram forskare som ska kunna fördjupa sig i detta, utvärdera och se. Sedan är det en uppgift för forskarskolorna att bedriva forskning och löpande föra ut denna

via en tillsynsmyndighet som vi kommer att ha för området med rekommendationer som bygger på erfarenheter.

Jag tog inte upp frågan om tvångsvården eftersom vi skulle hålla oss till en annan fråga här i dag. Vi har två delvis konkurrerande tvångslagar för vuxna, LVM och LPT. När vi som utredningen har gjort kikar in på de två tvångslagarna kan vi konstatera att vi har i genomsnitt 300 personer med beroendeproblematik i LVM där kommunen tar initiativet med ett politiskt beslut från socialnämnden. När det gäller LPT hade drygt hälften av de 1 400 som fanns där en viss dag när vi studerade detta en beroendeproblematik med sig. Det betyder att det är mellan 700 och 800. Det är fler i snitt dagligen med beroendeproblematik inom LPT.

Det ger ett avkall på att bedömningarna är olika i landet när det gäller båda dessa lagstiftningar och där kommunen tar initiativ till insatser. I båda fallen är det sedan förvaltningsrätten som kommer in och ska ta slutlig ställning till en placering.

När jag tittar på förhållandena i andra länder har man gått ifrån detta med en särskild lagstiftning med sociala kriterier och tillämpar bara en lagstiftning vid behov av tvångsinsatser. Det finns emellertid både och i vissa länder. Men det tongivande är att det är bara ett lagrum och då motsvarigheten till vår lagstiftning med LPT. Det är inte så konstigt att vi har den ordningen eftersom beroende är en av de psykiatriska diagnoserna.

Det betyder att när vi har en lagstiftning för tvångsvård kommer vi lite grann ifrån den konkurrerande situationen, om ni inte misstolkar begreppet, att man kan hänvisa till att den andra lagstiftningen finns. Det har varit svårt för kommunerna att bära kostnaderna för tvångsvården när det gäller LVM. Det är en kostnad som ofta ligger på bortåt en halv miljon. För en liten kommun är det väldigt mycket pengar.

Om vi har en lagstiftning där ansvaret ligger hos den större kommunen, det vill säga landstinget, med ett annat skatteunderlag tror jag att vi kan ytterligare minimera aspekter på kostnaderna när det blir aktuellt med tvångsvård. Men det primära är innehållet i vården och anpassning av vårdtiderna som jag menar blir bättre med det förslag som jag har lagt fram.

Ordföranden: Jag vill uppmana utskottets ledamöter att om det går sprida frågorna lite.

Maria Lundqvist-Brömster (FP): Herr ordförande! Jag ska rikta min fråga till Mats Eriksson från SKL. Jag vill också tacka för en väldigt intressant föredragning.

SKL betonar detta med en stark samverkan och att förstärka ansvaret mellan huvudmännen. Jag vill fråga om prevention när det gäller barn och unga. Vi har inte talat så mycket om det. Socialstyrelsen visade i en rapport tidigare att uppdragen till barn- och ungdomspsykiatri och primärvården var väldigt otydliga från både kommuner och landsting.

Barn- och ungdomspsykiatrien har fått kritik för att man inte riktigt tar sitt ansvar för barn som bor i missbrukande miljöer eller barn och unga som kanske själva är i ett riskbruk. Min fråga till Mats Eriksson är: Hur ser SKL på detta? Vi kan titta på den diskussion vi har haft i dag. Har man någon strategi för hur man vill stärka ansvaret och förtydliga samverkan?

Lena Hallengren (S): Jag vet inte om det är en signal i sig att det är Mats Eriksson från Sjukvårdsdelegationen som är här och inte en representant från Sociala beredningen. Det får du gärna reflektera över.

Jag tycker att diskussionen lite grann blir: Då hade vi en typ av missbrukare och riskbrukare, och i dag har vi en helt annan typ av missbrukare och riskbrukare. Jag delar inte riktigt den bilden. Jag skulle vilja säga: Då såg missbrukare ut på ett visst sätt, men i dag kan man se ut på väldigt många olika sätt.

Jag undrar om jag har förstått SKL:s inställning rätt att man landar ganska mycket i det medicinska synsättet och delar rätt mycket av bilden i utredningen eller om det är så att man vill hålla många dörrar öppna för att göra det möjligt att komma in från många olika håll och få den vård som finns.

Burkarföreningen får hemskt gärna reflektera över min bild över missbrukare och riskbrukare och om det är så att jag är ute och cyklar. Jag tycker att det blir en lite stigmatiserad bild och hoppas att den bild som Christin Johansson antydde är den som SKL delar.

Mats Gerdau (M): Förslaget att föra över och samla huvudmannaskapet hos landstingen innebär att man för över ansvar från kommunerna och pengar till kommunerna. Det blir vare sig mer pengar, fler läkare eller någonting sådant.

Jag skulle vilja att Gerhard Larsson och Mats Eriksson lite reflekterar över detta. Om man genomför förslaget med huvudmannaskapsförändring, vad får det för konsekvenser på fem, tio års sikt? Blir det mer öppenvård? Blir det färre HVB-hem med behandlingsinstitutioner? Kommer det att finnas kvar någon icke-medicinsk vård över huvud taget?

Ser ni någon risk i att det blir en ny konfliktyta mellan kommuner och landsting? Vad får det för praktiska konsekvenser, givet att man egentligen har samma ekonomiska ram?

Mats Eriksson: Vi föreslår att man ska bli tydligare och lagreglera. Det finns en strategi för att sköta uppdraget på ett tydligare sätt.

När det gäller det Lena tog upp har vi varit tydliga med att det inte bara är medicinskt utan även socialt och biologiskt. Det finns en större bredd i vårt svar. Vi tycker också att det väldigt mycket har varit en medicinsk inriktning. Svaret är: Vi har många dörrar som är öppna. Det är min absoluta uppfattning.

Jag kan ta upp frågan om konsekvenser långsiktigt. Det är därför jag och vi tror att vi ska bygga vidare på det som är. Jag tror att det är nödvändigt. Det skulle annars bli lite för entaktat och lite för mycket medicinskt, om jag ska använda det uttrycket, på sikt.

Gerhard Larsson: Jag vill gärna se att man inte ska göra synonymt att det är medicinskt i den bemärkelsen, som jag tolkar en del inlägg, att sjukvården kommer in i större utsträckning. Det viktiga är att någon instans i samhället ska kunna bära den samordnade behandlingsinsatsen. Det gäller kombinationen av en medicinsk bedömning med ibland läkemedel för att bromsa alkoholsuget, ibland läkemedel på annat sätt och ibland inte detta men ett rejält psykiatriskt stöd och psykosocial behandling. De insatserna ska vara samtidigt.

Det handlar om vilken instans som har förutsättningar att bära detta och göra de samtidigt insatserna. Vi har i dag en ordning att kommunerna inte ska ha medicinska resurser, läkarresurser, anställda. Vi har en lagstiftning som säger så ur behandlingssynpunkt. Vi har också den situationen att vi har 290 kommuner där majoriteten ligger på 10 000–13 000 i snitt i invånare och där kostnaderna för att stå för behandlingsinsatser blir väldigt höga.

Vi har få ställen där kommunerna exempelvis med psykosocial behandling orkar utveckla insatser som kan vara differentierade för olika grupper. Det gäller exempelvis våldsutsatta kvinnor, personer med dopningsproblematik, personer med läkemedelsberoende och personer som grävt ned sig väldigt mycket i supande. Det handlar om att kunna differentiera detta efter olika grupper. Det är få kommuner som orkar göra detta när det gäller ens den psykosociala behandlingen.

Jag menar att med att lägga ansvaret på en instans som täcker ett större geografiskt område och som därmed har ett annat skatteunderlag har man möjlighet att differentiera olika psykosociala behandlingsinsatser och kan också bära kostnaderna för både frivilliga behandlingsinsatser och tvångsinsatser. Samtidigt har man fördelen med den ordning vi har med ansvarsfördelningen för läkarinsatser att kunna kombinera detta med psykiatriska insatser när det behövs, andra medicinska insatser eller vårdcentralens tabletter för att kunna bromsa alkoholsuget.

Jag ser framför mig på fem, tio års sikt att vi kan nå behandlingsinsatser inom detta område som innebär att vi återigen kan ta tillbaka ett välfärdsområdes position där vi inte tappar så mycket som fyra av fem personer och kommer in för sent. Vi kan också synas i ett internationellt sammanhang jämbördigt med ett antal andra välfärdsländer som redan i dag har kommit längre i att fånga in personer med missbruksproblematik och kunna åstadkomma effektiva behandlingsinsatser.

Den möjligheten finns. Jag tycker att Mats Berglund med sin nedbrytning av var kunskapen och forskningen står i dag för att lyckas i att bryta en behandling illustrerade det behovet rätt tydligt.

Ordföranden: Svenska brukarföreningen var omnämnd. Vill ni säga något så varsågod.

Berne Stålenkrantz: Jag kan svara lite kort på detta. Jag skulle i och för sig kunna ägna hela dagen åt just de orden. Ordet missbrukare är någonting som är väldigt stigmatiserande. Det skapar också ett fyrkantigt sätt att se på insatserna som görs och erbjuds kollektivet. Vi använder ordet brukare eller människor med problematiskt bruk av narkotiska preparat.

Ordet missbrukare alierar och skapar identiteter hos individerna som är olyckliga. Det är svårt att tvätta bort dem. Därigenom ses vi mer som grupp än som de individerna, om vi ska koppla det tillbaka till brukarinflytande.

Anders Andersson (KD): Vi har under utfrågningen fått en rad olika frågor belysta. Det handlar om fokus på de medicinska insatserna. Det handlar också om barnperspektiv, familjenätverket och de ideella organisationerna.

Jag vill rikta frågan till Gerhard Larsson i den här delen. När det gäller diskussionen om huvudmannaskapet och ditt förslag som du har lagt fram i utredningen belyste du i det senaste svaret, och jag har hört dig säga det tidigare, att många av de 290 kommunerna är ganska små. Därmed skapas en osäkerhet om att vi får en likvärdig insats oavsett var.

Min fråga till dig är: Tror du att vi som alternativ skulle föra fram att vi förväntar oss att kommuner som behöver ha i storleksordningen 25 000, 30 000 eller 40 000 invånare samverkar, vilket man gör på många kommunala nivåer, och man har kommunalförbund som ett alternativ till att byta huvudman? Har den tanken funnits? Det handlar om att stärka organisationen och inte förlora det sociala perspektivet i detta. Är det någonting som du har funderat över att rekommendera kommunalförbund för att klara av den nuvarande lagstiftningen?

Det andra är en fråga om barnperspektivet, som har lyfts upp av flera här, och likadant den ideella sektorn. De 70 förslagen är egentligen en fantastisk lista. Upplever du att det är tillräckligt? Vad är det som inte har hunnits med i utredningen när det gäller att lyfta fram ett barnperspektiv, förutom detta med forskarskolor som du har nämnt?

Rickard Nordin (C): Herr ordförande! Min fråga går också till Gerhard Larsson. Jag tänkte att vi skulle försöka lyfta blicken lite mer internationellt. Tittar man i ett internationellt perspektiv ligger ansvaret och huvudmannaskapet för missbruk på den sjukvårdsgivande instansen. Det gör det inte riktigt i Sverige. Finns det några skillnader i resultatet av de insatser som ges om man jämför med andra länder?

William Petzäll (-): Herr ordförande! Jag tänker inleda med en fråga. Hur lång tid har jag på mig för min fråga?

Ordföranden: Du har 20 sekunder.

William Petzäll (-): Då väljer jag att rikta mig till Riksförbundet narkotikafritt samhälle med en fråga som rör utskrivningen av Metadon och Subutex. Där har man en väldigt moraliserande syn. Bland annat säger man att människor som går på Metadon och Subutex inte är människor att lita på.

Jag kan lova att ingen av er någonsin har testat de här preparaten eller gått på dem under en längre tid. För de människor som går på de preparaten uppfattas det som oerhört kränkande och provocerande när ni gör sådana uttalanden.

Ordföranden: Din fråga är?

William Petzäll (-): Min fråga är: Hur kan man ha en sådan cynisk människosyn i fråga om dessa människor? Detta är en medicin som gör att dessa människor blir normala. Hur kan man ha en sådan cynisk människosyn? Det är min fråga.

Gerhard Larsson: Jag vänder mig till Anders Andersson. Vi har grunnat på vilket sätt vi kan få ett rikare utbud, som du tog upp. Vi har kikat på de 30 år som vi har haft nuvarande lagstiftning. Det har varit olika regeringar som har tagit initiativ för att stimulera insatser och förbättra insatser inte minst i samverkan. Ett antal gånger under 30-årsperioden har vi haft starka statliga stimulanser för att kunna åstadkomma en samverkan mellan kommuner och även samverkan med landstinget.

Vi har haft samverkansförbund som har haft en skyldighet att ta upp människor i den här målgruppen och att göra gemensamma insatser under några perioder på 90-talet. När vi utvärderat detta konstaterar vi att ett statsbidrag kan hjälpa till ibland och lyfta upp. Men det är sällan vi ser en långvarig effekt av de statsbidrag som kommer in.

Min slutsats är att det nu är moget för att göra en lagstiftning som tydliggör en ansvarsfördelning när vi har haft den här 30-åriga erfarenheten. Jag ser väldigt stora likheter rent lagstiftningsmässigt med en annan utsatt grupp: funktionshindrade personer. Det är LSS som lyfte ut vissa frågor från normaliseringsprincipen för att kunna få mer samordnade insatser.

Det betyder att jag inte kom fram till att det kunde vara en bra modell att komma in ens med vad som kunde vara ett lite starkare kommunalförbund där. Där kvarstår exempelvis dilemmat med samspelet ur behandlingssynpunkt mellan psykiatri och medicinen hos landstinget och den psykosociala behandlingsinsatsen i så fall hos kommunförbundet.

Det skulle vara underförstått att en psykosocial behandlingsinsats skulle kunna bedrivas via kommunalförbunden. Den nuvarande lagstiftningen möjliggör däremot inte att lyfta in de medicinska insatserna i kommunalförbund.

Man har lagt det ensidigt på sjukvården att ha läkarbehandling och läkarresurser.

Barnperspektivet är viktigt. Förslaget innebär klara ställningstaganden när det gäller att lyfta fram ett barnperspektiv genom att tydliggöra ansvaret för detta. När det upptäcks att barn kan bli berörda när föräldrar behandlingsmässigt är i sjukvården blir det en skyldighet att samspela med kommunen. Det ska göras en individuell plan för hur man bearbetar detta. Det underlättas av ändringen av sekretess mellan förvaltningar inom kommunen och forskningsinsatsen.

Jag håller gärna med om att hade vi haft ett bättre underlag skulle jag gärna ha velat gå ytterligare steg. Det är väldigt många olyckliga situationer som uppkommer. Jag har haft tillgång till kunskapen, expertmyndigheterna i Sverige och forskningen. Jag tycker inte att det föreligger ett tillräckligt underlag för att gå längre i dagsläget.

Nästa fråga från Rickard Nordin var om man kan se några skillnader i resultat om man tittar internationellt där man har samlat huvudmannaskapet mot det svenska. Av dem som har hjälpt mig med våra studier av andra länder har jag fått veta att det är rätt tydligt att de viktiga samtida insatserna nås bättre i de länder där man har en huvudman för medicinsk och psykosocial behandling. I flera länder har samma huvudman även samordningsansvaret för stödinsatserna. De samtida insatserna ger möjlighet att bättre också klara samjukligheten. När det gäller kombinationen av läkemedelsbehandling och psykosociala behandlingsinsatser har man ofta kommit längre än i Sverige.

Vi har färre dödsfall i ett antal länder. Det är en rå jämförelse, men den finns ändå i den statistik som förs med 15 länder där man tar fram dödstaten på grund av narkotika och vissa andra drogsituationer. Där man har lägre siffror är det just i sådana länder där man har ett mer samlat huvudmannaskap där man kan bolla med insatserna där det är en koordinator som organiserar de samordnade insatserna.

Det är den bild jag får när jag tittar på de europeiska länderna. I mitten är Sverige. Min bild är att framför allt Australien och i viss mån när jag tittar på Norge uppmärksammat missbruk tidigare och når effektivare resultat.

Ordföranden: Sedan var det en slutfråga som ställdes som jag uppfattade till RNS och Per-Erik Lundberg.

Per-Erik Lundberg: RNS är inte missbrukarnas fiende. Vi vill att en missbrukare ska ha ett fritt och ett rikt liv utan att man behöver störas av droger. Det är dessutom så att det i vår organisation finns personer som har gått på dessa preparat, och det finns läkare och socialarbetare som har erfarenhet av preparaten. Jag kan inte tycka att jag har uttryckt mig på det sätt som du gav sken av.

Ordföranden: Stort tack från min sida. Jag lämnar ordet för avslutning till socialutskottets vice ordförande Lena Hallengren.

Lena Hallengren (S): Det är ordförandens privilegium att få överlämna till vice ordföranden för att avrunda och sy ihop en sådan här hearing. Det tänker jag inte ens försöka mig på. Jag vill verkligen tacka er alla. Jag tror att många ledamöter med mig känner att de hade kunnat ställa många fler frågor till många fler av er som var här. Jag hoppas att ni alla känner att ni verkligen har bidragit för att i någon mån underlätta vårt arbete.

Vi har bara börjat. När det väl kommer en proposition har vi ett stort arbete framför oss. Vi kommer säkert att i olika konstellationer återkomma till er. Ett mycket stort tack för att ni har bidragit här i dag. Kanske finns det några ledamöter som hugger någon av er en liten stund om ni har tid efteråt. Ett stort tack till alla och även till ledamöter för kloka frågor.

BILAGA

Bilder från utfrågningen

Gerhard Larsson, särskild utredare

Bild 1



Bild 2

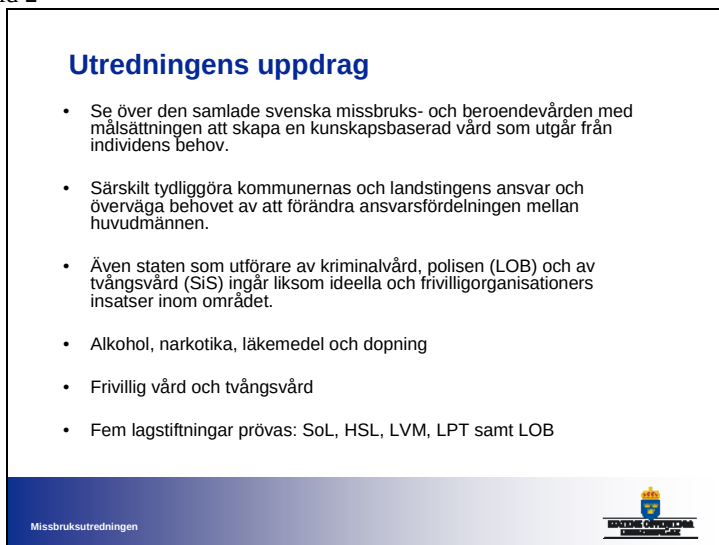


Bild 3

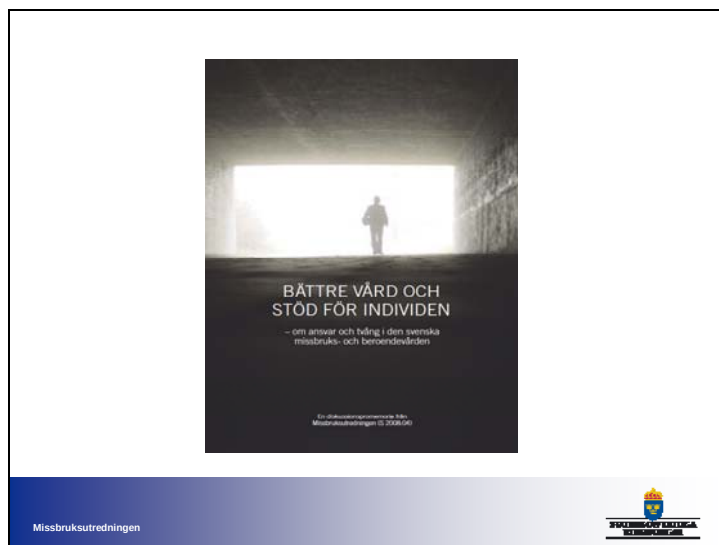


Bild 4



Bild 5



Bild 6



Bild 7

Missbruket är stort och ökar! Utredningens färsk kartläggningar visar:

- (Riskbruk alkohol 1 000 000)
- Alkoholberoende 330 000
- Läkemedelsberoende 65 000
- (Riskbruk narkotika 77 000)
- Tungt narkotikamissbruk 29 500
- Dopning (regelbundna brukare) 10 000
- **Samsjuklighet är vanligt förekommande**
(30-50 % av vård sökande för missbruk har även annan psykisk sjukdom)
- Tungt alkoholmissbruk upp 20% på 10 år
- Tungt narkotikamissbruk upp 15% på 10 år
- **Totalt cirka 100 000 av 500 000 med missbruk eller beroende är kända i vården.**

Missbruksutredningen



Bild 8

Tio motiv för att reformera

1. Nuv. lagstiftning tillkom för 30 – 35 år sedan. Sedan dess har såväl missbruket förändrats som vårdens möjligheter.
2. Förändrad och ökad missbrukssituation. Beroende av läkemedel och dopning problem nu som ej har ansvariga. Vin- o öl kultur utvecklats. Syn och tillgång på alkohol och droger förändrats. Nya grupper i riskzon eller i beroende av alkohol o narkotika tillkommer inom "väl etablerade" kretsar.
3. Kommuner och landsting når idag endast 1 av 5 personer med missbruk eller beroende.
4. Vården uppfattas inte som attraktiv. Socialtjänsten ofta basen idag, men 9 av 10 vill helst söka hjälp inom sjukvården.
5. Missbrukets växande konsekvenser (2500 dör, 8 av 10 är påverkade vid våldsbrott, samhällets kostnader enligt utredningens beräkningar 150 mdr)
6. Delat och otydligt ansvar mellan landsting och kommun drabbar individen i form av bristande tillgänglighet till, samordning av och kontinuitet i vården. Därmed förloras i effektivitet.
7. Ojämlig tillgång på vård och stöd mellan olika delar av landet.
8. Tvångsvården rättsosäker och för ofta en isolerad insats.
9. Kunskap (utifrån forskning och utvärdering) liksom kompetens en svag gren i dagens praktiska vård- och behandlingsinsatser.
10. Många små och medelstora kommuner har svårt att ekonomiskt bära kvalificerad vård och heldygnsvård (frivillig som tvångsvård).

Missbruksutredningen



Bild 9

8 reformområden med totalt 70 förslag

1. Tidig upptäckt och intervention
2. Tydligare ansvar för effektivare vård
3. Stärkt ställning för individen
4. Vårdens innehåll, boende och sysselsättning
5. Bättre kvalitet, kunskap och kompetens
6. Vård utan samtycke
7. Polisens och kriminalvårdens roll
8. Arbete och socialförsäkring

Missbruksutredningen 

Bild 10

**Särskilt om reformområde 2:
Tydligare ansvar för effektivare vård**

Utredningens analys visar att dagens ordning är problematisk:

- Sjukvårdens och socialtjänstens insatser för alkohol- och narkotikaberoende personer måste samordnas bättre utifrån individens behov för effektivisera vården och skapa samtida insatser.
- Tydligt ansvar och kunskap för behandling av läkemedelsberoende och doping saknas och bör tillkomma
- Personer med både missbruk och annan psykisk sjukdom (30 – 50 % av målgruppen) liksom personer med behov av både läkemedel och psykosocial behandling faller mellan stolarna

Missbruksutredningen 

Bild 11

Hur är ansvaret i andra länder?

- Det vanliga är att en huvudman fått ett samlat ansvar för ge stöd och behandling till personer med missbruk och beroende.
- Av EU:s 27 länder har sjukvården i 24 ett samordnat ansvar (i regel finansiellt och organisatoriskt).
- Danmark har lagt ansvaret hos sina 53 kommuner.
- Sverige och Finland är de två länder, som har kvar två parallella huvudmän (i Sverige egentligen tre då staten genom SiS utför tvångsvård åt kommunerna).
- Norge (sjukvården) och Danmark (kommun) förändrade till en samlad huvudman för 6-7 år sedan av de skäl min utredning funnit. (Vi studerat deras erfarenheter)

Missbruksutredningen



Bild 12

Mer om 2. Tydligare ansvar.....Förslaget

- Utredningen stannade för att utveckla modell 1 med visst inslag av 3 från diskussionspromemorian. Det betyder fortsatt två huvudmän (inte staten längre), men med skillnaden att ansvaret tydliggörs i lag för – "vem gör vad" – för centrala funktioner i vårdkedjan.
- Behandlingsansvaret samlas hos landstinget, medan kommunen enligt lagen får ansvar för rådgivning och psykosocialt stöd samt stöd till boende, sysselsättning och försörjning. Landstingen får därigenom svara för tillnyktring, abstinensvård och behandling (medicinsk/läkemedel och psykosocial).
- Ett samlat behandlingsansvar klarar bättre en samtidig och samordnad behandling (medicinsk och psykosocial behandling). Den möjliggör också tvärprofessionell utredning.
- Med denna ordning blir uppgiftsfördelningen för "vår målgrupp" densamma som gäller för andra behovsgrupper enligt HSL och SOL – landstingen står för behandling och kommunerna för stöd.
- Ett samlat behandlingsansvar (öppen och sluten vård) hos sjukvårds-huvudmannen är det vanliga i stort sett i alla andra EU- länder. (Hos flera samordnas även stöd).
- Inte minst viktigt är detta för personer med komplexa behandlingsbehov (beroende och annan psykisk sjukdom eller de med behov av både medicinsk och psykosocial utredning och behandling).
- Underlättar ingången i vården, inte minst vid en vidgad roll för primärvården för att tidigt uppmärksamma riskbruk.

Missbruksutredningen



Bild 13

Forts 2. Tydligare ansvar...Förslaget

- I en ny gemensam lag om vård och stöd till personer med missbruk (pluslag till HSL och SOL) regleras vad kommuns resp. landstings ansvar primärt ska omfatta av de centrala delarna i vårdkedjan.
- I lagen tydliggörs också landstingets ansvar för behandling av beroende av läkemedel och dopningsmedel. Därmed gäller ansvaret för alla fyra psykoaktiva substansgrupperna
- När någon behöver insatser från båda huvudmännen ska kommunen ytterst ansvara för att en individuell plan upprättas för att den enskilde ska få behovet av vård och stöd tillgodosett, om den enskilde själv vill (berör i storleksordningen 75 000 av de nära 500 000 med beroende)
- Överenskommelse kan slutas regionalt om att överföra vissa av de i lagen angivna uppgifterna mellan kommuner och landsting.
- Samarbetsavtal ska alltid finnas mellan landstinget och kommunerna för att reglerar de löpande insatserna inom missbruks- och beroendevården.
- 20 landsting kan lättare bära kostnader för kvalificerad och diversifierad behandling än 290 kommuner var för sig. Det möjliggör också mer likvärdigt behandlingsutbud över hela landet.

Missbruksutredningen



Bild 14

Förväntade effekter efter några år, om alla 8 reformområdena genomförs

- Fler än dagens 100 000 av nära 500 000 med beroende uppmärksammas tidigare och får hjälp
- Mer tillgänglig och effektiv vård, oavsett drog
- Bostadsort ska inte avgöra om kunskapsbaserad vård och stöd erbjuds
- Utvecklad kompetens och mer differentierad vård
- Mer rättssäker vård utan samtycke, som också har kompetens att hantera personer med samsjuklighet
- Stärkt ställning för individen och dennes preferenser
- Färre dödsfall liksom våldsbrott med droger inblandade
- Mindre samhällsekonomiska konsekvenser (idag 9 ggr mer än vården kostar)

Missbruksutredningen



Bild 15

Remissopinionen i korthet	
Område	
1. Tidig upptäckt och intervention	↑↑
2a. Tydligare ansvar för effektivare vård	↑
2b. Behandlingsansvar samlas hos landstinget	↑↓
3. Stärkt ställning för individen	↑
4. Vårdens innehåll, boende och sysselsättning	↑↑
5. Bättre kvalitet, kunskap och kompetens	↑↑
6. Vård utan samtycke	↘
7. Polisens och kriminalvårdens roll	↑↑
8. Arbete och socialförsäkring	↑

Missbruksutredningen



Bild 16

Några observationer och slutsatser

Omkring 200 remissinstanser

Synpunkter generellt på missbruksutredningen

- Respekt för brukaren – icke-moraliserande perspektiv
- Kunskapsbaserade förslag

Hög tid för reform

- Problemen kända sedan länge, tidigare åtgärder otillräckliga
- Reformlinjer
 - Brukarens behov i centrum, inte huvudmannens revir
 - Mer tidiga insatser
 - Tydligare ansvar (tillnyktring, abstinensvård, behandling, stöd)
 - Starkare ställning för individen
 - Insatser med bättre kunskap och högre kvalitet
 - Både vård och bostad/sysselsättning

Missbruksutredningen



Mats Berglund, Lunds universitet

Bild 1

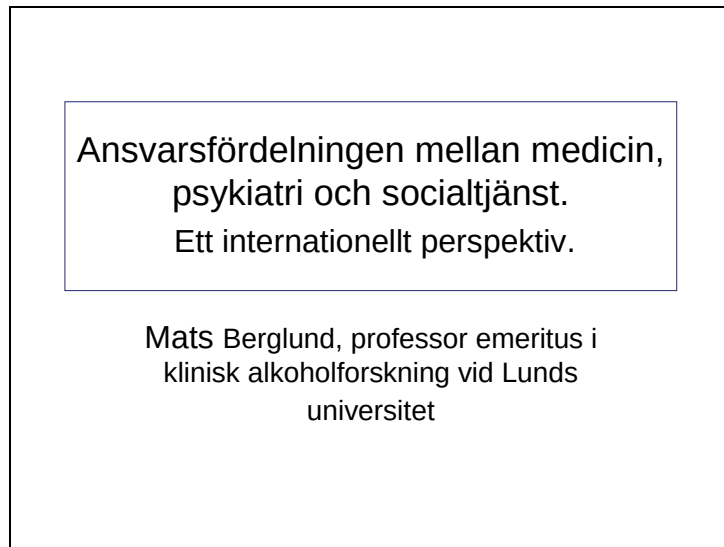


Bild 2

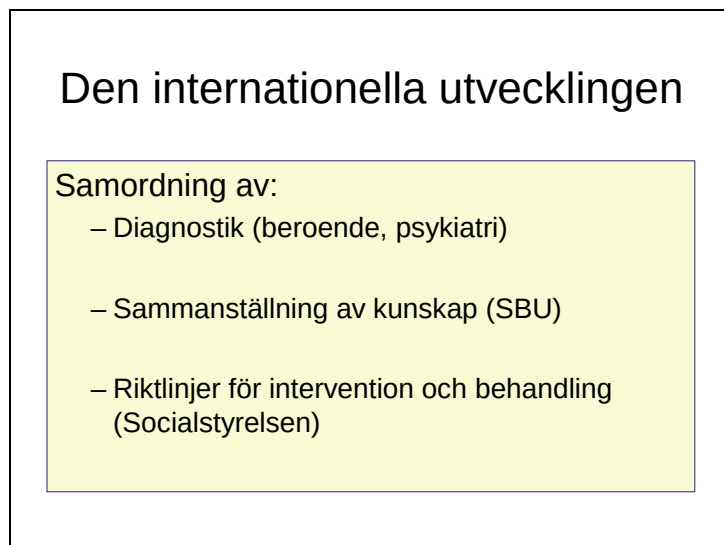


Bild 3



Bild 4

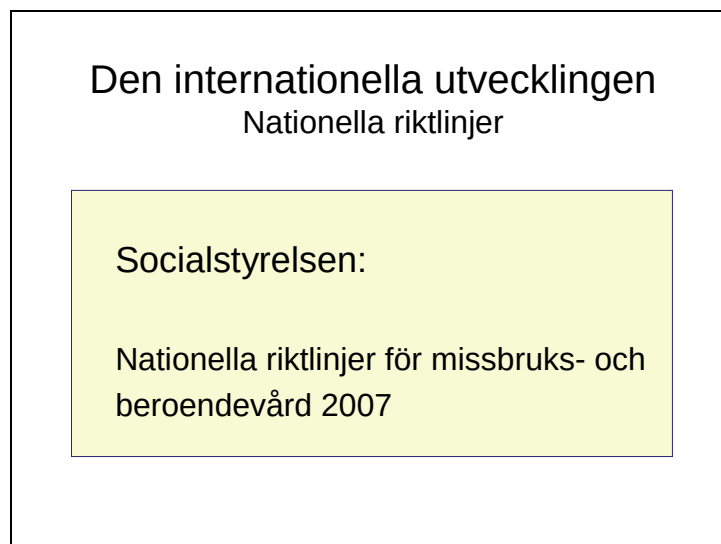


Bild 5

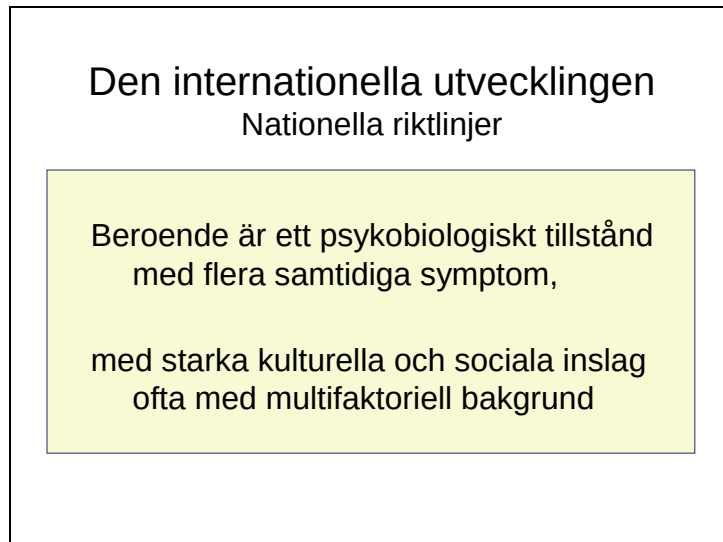


Bild 6



Bild 7

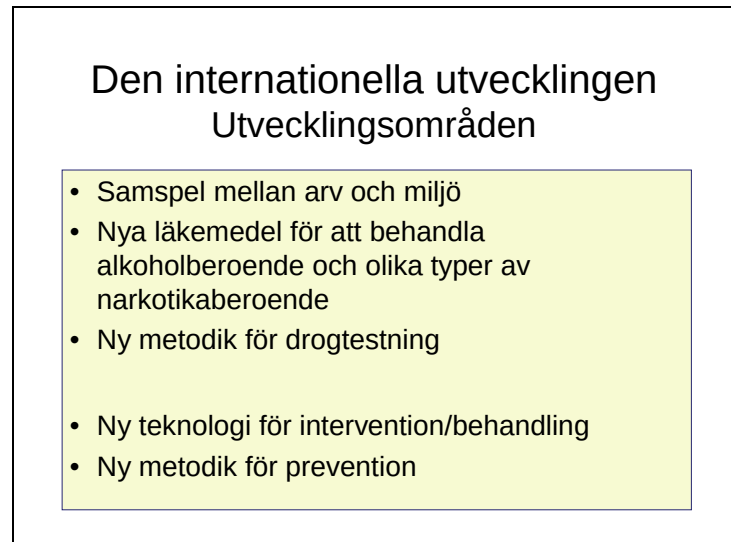


Bild 8

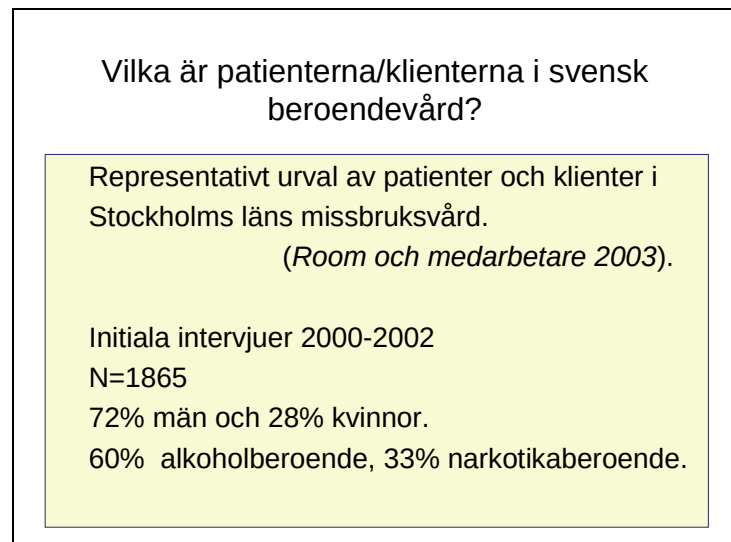


Bild 9

Vilka är patienterna/klienterna i svensk beroendevård?

Representativt urval av patienter och klienter i Stockholms läns missbruksvård.

(Room och medarbetare 2003)

- Arbetslös och bostadslös 17%
- Arbetslös eller bostadslös 68%
- Arbete och bostad 15%

Stenius et al 2010 Contemporary Drug Problems

Bild 10

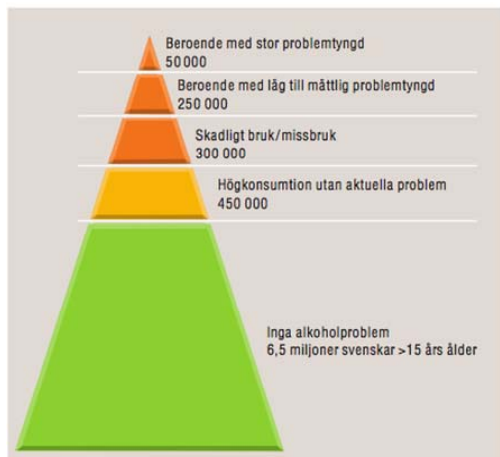


Bild 11

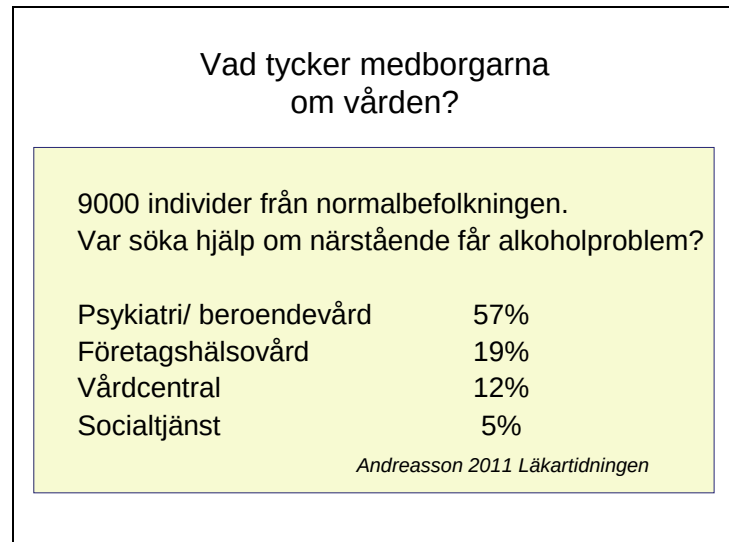


Bild 12

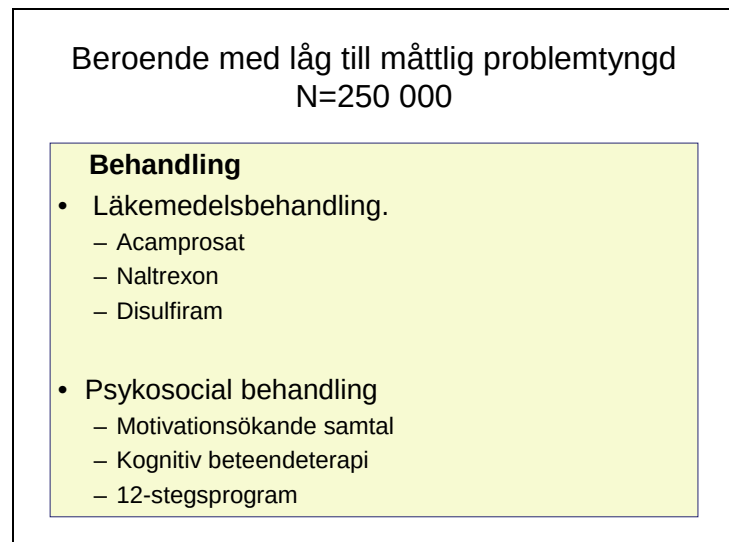


Bild 13

Intravenös narkomani

- Amfetamin fortfarande det vanligaste preparatet i Sverige.
- Mycket begränsade forskningsinsatser innan mitten på 2000-talet.
- Snabb utveckling av farmakologiska behandlingsmöjligheter även om ännu inget läkemedel är godkänt.

Franck Läkartidningen 2011

Bild 14

Missbruksutredningens förslag

- Landstingets ansvar: Rådgivning och behandling.
- Kommunens ansvar: Rådgivning, psykosocialt stöd samt stöd till boende, sysselsättning och försörjning

Bild 15

Sammanfattning

- Den internationella utvecklingen innebär en samordning av diagnostik, sammanställning av kunskap och riktlinjer för behandling.
- Landstingets övertagande av ansvar för behandling innebär möjligheter att nå individer med låg till måttlig problemtynad.
- Dessutom underlättas utvecklingen mot effektiv behandling av olika typer av narkotikaberoende.

Anders Tegnell, Socialstyrelsen

Bild 1



Bild 2



Bild 3



Bättre tillgång till hälso- och sjukvård

Att föra över behandlingsansvar kan innebära att fler personer än i dag får tillgång till sådana kvalificerade hälso- och sjukvårdinsatser

- * förslaget måste kompletteras med en nationell satsning som stöd för den omfattande process som krävs för att etablera ett nytt arbetssätt

 Socialstyrelsen

Bild 4

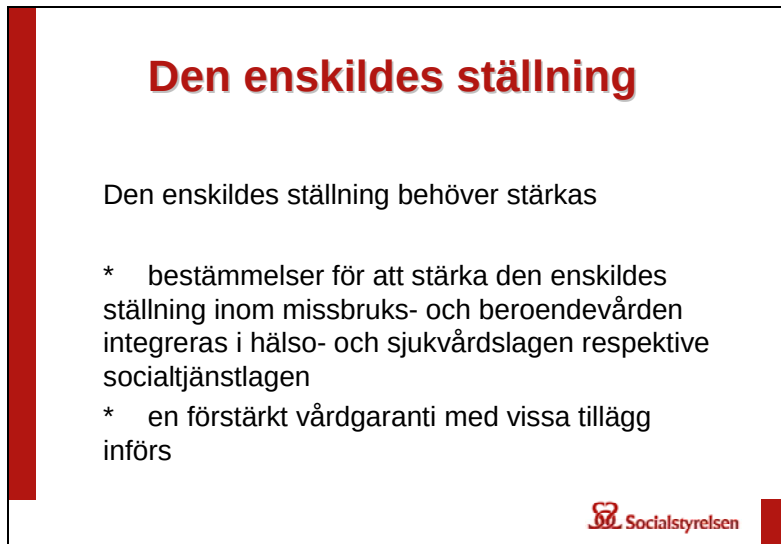


Bättre tillgång till hälso- och sjukvård

Utan en sådan nationell satsning riskeras de senare årens positiva erfarenheter av integrering, samsyn och fokus på evidensbaserade metoder att gå förlorade

 Socialstyrelsen

Bild 5



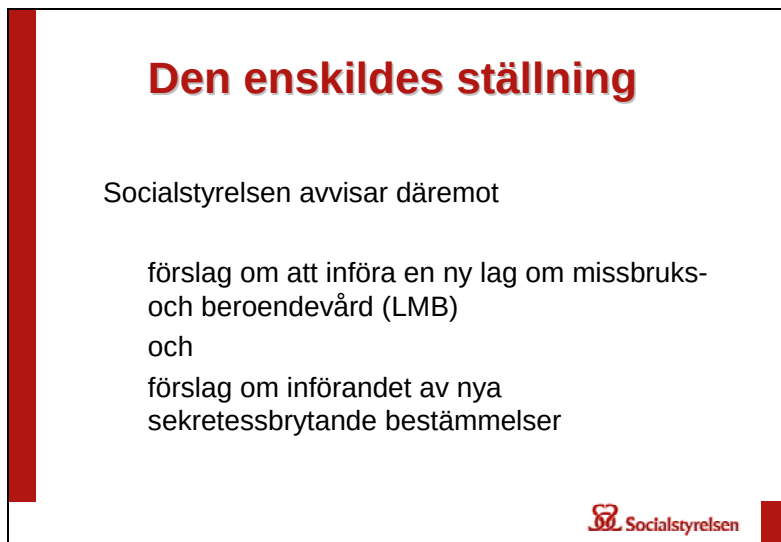
Den enskildes ställning

Den enskildes ställning behöver stärkas

- * bestämmelser för att stärka den enskildes ställning inom missbruks- och beroendevården integreras i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen
- * en förstärkt vårdgaranti med vissa tillägg införs

 Socialstyrelsen

Bild 6



Den enskildes ställning

Socialstyrelsen avvisar däremot

förslag om att införa en ny lag om missbruks- och beroendevård (LMB)
och
förslag om införandet av nya sekretessbrytande bestämmelser

 Socialstyrelsen

Bild 7

Vård utan samtycke

Socialstyrelsen avvisar i dagsläget förslaget att upphäva LVM, lag om vård av missbrukare i vissa fall, och att den aktuella målgruppen istället omfattas av LPT, lag om psykiatriskt tvångsvård, eftersom det inte på ett övertygande sätt är visat att det nu finns förutsättningar i den psykiatriska vården att integrera målgruppen, särskilt när det gäller långsiktig planering och eftervård.



Bild 8

Vård utan samtycke

Konsekvenserna av en sådan sammanslagning av psykiatrisk vård och missbruksvård är också svåra att förutse, speciellt om den genomförs samtidigt som behandlingsansvaret förändras

Socialstyrelsen utesluter inte att en sådan förändring bör genomföras på sikt när effekterna av de föreslagna förändringarna har blivit synliga



Bild 9



Vård utan samtycke

Socialstyrelsen avvisar förslaget

att med allvarlig psykisk störning även avses att den tilltalade till följd av missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel, har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård



Bild 10



Verksamheter vid hem för vård och boende

Socialstyrelsen avvisar

förslag om auktorisation och anser istället att den nuvarande tillståndsprövningen ska förstärkas men vill framhålla vikten av kvalitetssäkring eller en kvalitetsgaranti



Lars-Håkan Nilsson, kriminalvården

Bild 1

 Kriminalvården

Därför stöder Kriminalvården Missbruksutredningens förslag



- Lars Håkan Nilsson
- Medicinsk rådgivare
- Kriminalvården HK

Bild 2

Brottstyp och fängelsepopulation	
1910	2010
• Stöld 45%	• Stöld 14%
• Våldsbrott 19%	• Våldsbrott 20%
• Bedrägeri 4%	• Bedrägeri 5%
• Sexbrott 2%	• Sexbrott 3%
• Övrigt 19%	• Rån 3%
	• Övrigt 53%

Bild 3

Kriminalvården

Övriga brott



- I denna brottsrubricering ingår narkotikabrott
- 2009 hade 20% av alla brott direkt med narkotika att göra
- Kriminaliseringen av narkotika innebar att antalet fängelseår 4-dubblades
- Lägg därtill att merparten av våldsbrotten är begångna under alkoholfpåverkan

Bild 4

Kriminalvården

Koppling missbruk/beroende och kriminalitet

- Var tredje intagen dömd för narkotikabrott och mer än varannan intagen använder narkotika
- Kriminalvården möter långt över **10 000** narkomaner årligen
- Endast 8 % av de tunga narkomanerna finansierar sina droger med legala inkomster
- En heroinist måste stjäla för 5.800 SEK/dag för att finansiera sitt heroin



Bild 5

Kriminalvårdens narkomaner (N = 2800 ASI-utredda narkomaner)			
	Män	Kvinnor	Totalt
Kroppsliga skador/sjukdomar som påverkar livsföringen	51 %	65 %	52 %
Utsatt för fysisk misshandel	45 %	69 %	47 %
Utsatt för psykisk misshandel	40 %	70 %	43 %
Sexuell misshandel tidigare i livet	5 %	39 %	8 %
Allvarliga självmordstankar	35 %	42 %	36 %

Bild 6

Sjukdomsmodeller	
▪ "Continuous care" ☐ retention i behandling ☐ minskning av symtom ☐ förbättrad/bibehållen funktion ☐ jmf hypertoni, astma, diabetes	▪ "Rehabilitation" ☐ behandlingen medför att symtomen försvinner ☐ återvunnen funktionsnivå ☐ jmf benbrott, halsfluss

Bild 7

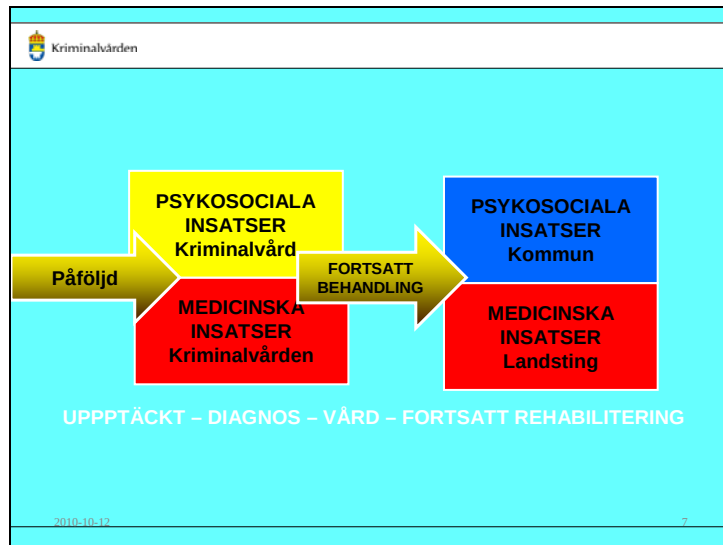


Bild 8

Integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter - ITOK

- ❖ Socialstyrelsens uppföljning av metadonbehandling visar att brottligheten under programtiden minskar till 28% gentemot vad den var 3 år före behandlingen
- ❖ Egendomsbrotten minskade till 14% gentemot före behandlingen
- ❖ Personer med opiatberoende erbjuds läkemedelsassisterad behandling som kan påbörjas på anstalt eller ges i form av "kontraktsvård"
- ❖ En genomsnittsheroïnist döms årligen till 5-7 månaders fängelse för 4-6 brott och kostar samhället ca 2 miljoner SEK

Beroendecentrum Stockholm
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kriminalvården

Bild 9

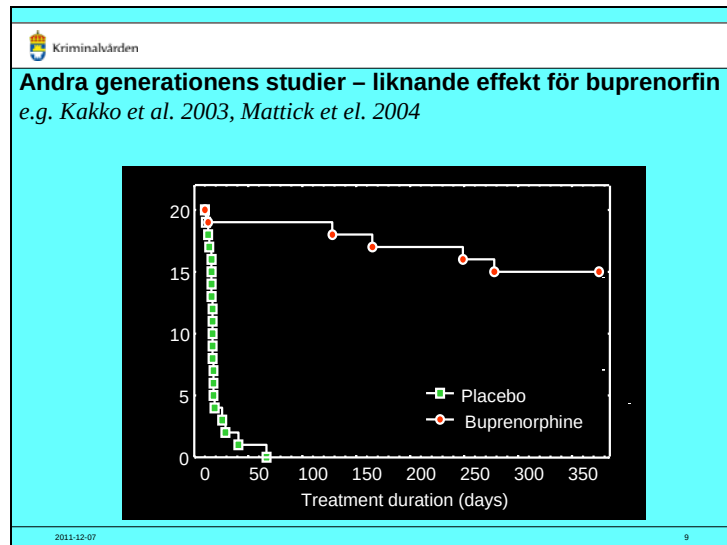


Bild 10

Kriminalvården

Kriminalvården är negativ till LVM

- Fler människor med missbruk/beroende vårdas enligt LPT/LRV som enligt LVM
- LVM tillämpas oftare på socialt stigmatiserade människor och många psykiater väljer att inte använda LPT när det gäller socialt utslagna personer med missbruk/beroende
- Detta leder till att psykiskt störda missbrukare med kriminell bakgrund inte får adekvat psykiatrisk vård
- LVM-vården är inte könsneutral. Utan LVM måste vård erbjudas som gör att kvinnor söker frivillig vård

Bild 11



Kriminalvården

**Kriminalvården
ser positivt på att landstingen blir
huvudmän för beroendevården**

- En huvudman ansvarig för behandling av psykiska störningar och missbruk/beroende
- En beroendevård där medicinska behandlingar ingår
- Ett tydligt ansvar för sjukvården att behandla personer med missbruk/beroende
- Olika huvudmän för behandling och boende/sysselsättning
- En huvudman med ansvar för behandling både i öppen och sluten vård

Christin Johansson, Akademikerförbundet SSR

Bild 1



Bild 2



Bild 3



Ställningstaganden

- Flytta inte huvudmannskapet för missbruksvården.
- Bra att ge primärvården ökat ansvar för missbruksvården.
- LVM lagstiftningen bör inte förändras nu. Tillsätt egen utredning.
- Minimålder för sprutbyte 20 år, jmf LVU.
- Bra med satsning på specialistutbildning och forskning



2011-11-24

Bild 4



Fortsatt delat huvudmannskap

- För att nå olika grupper behövs många ingångar till vård
- Största kunskaperna om missbruk finns idag inom Socialtjänsten
- Helhetssynen och barnperspektivet i Socialtjänsten riskerar att skadas om huvudmannskapet flyttas
- Behovet av förebyggande, uppsökande och motiverande arbete
- Alltför ensidigt medicinskt fokus på missbruk
- Det kan behövas förtydliganden av ansvarsområden
- Behörighetskrav inom Socialtjänsten borde införas



2011-11-24

Statens institutionsstyrelse

Bild 1



Bild 2

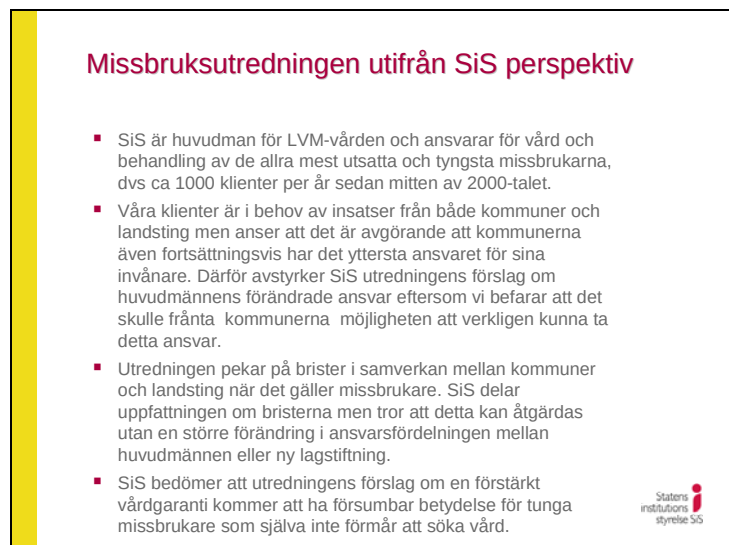


Bild 3

LVM i förhållande till LPT

- SiS delar inte bedömningen att alla som idag kan tas in för vård enligt LVM, i fortsättningen kommer att kunna tas in för vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård(LPT). SiS befärar att det skulle innebära att majoriteten av de som idag är aktuella för LVM-vård kommer att bli utan adekvat vård.
- Av den anledningen avstyrker SiS förslaget om att all tvångsvård av missbrukare ska ske enligt LPT.
- SiS anser dessutom att rättssäkerheten för den enskilde missbrukaren skulle försvagas avsevärt om denne vårdas med stöd av LPT istället för LVM t.ex. i frågor om vårdtider, prövning i domstol, möjlighet att överklaga beslut samt särskilda befogenheter,(se fig. nedan).

Statens institutionsstyrelse SiS

Bild 4

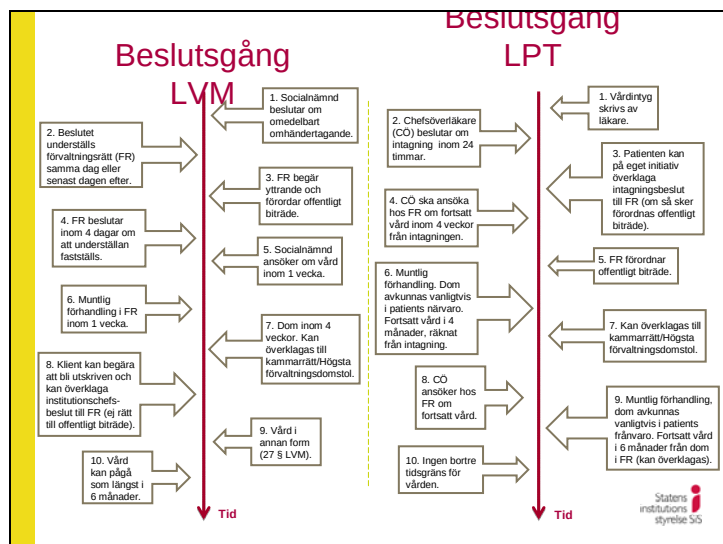


Bild 5

LVM-vården bör och kan utvecklas ytterligare

- SiS är positiv till utredningens förslag om ökat brukarinflytande inom missbruks- och beroendevården och tycker att det också bör gälla LVM-vården.
- SiS delar utredningens bedömning om behovet av en kompetensförstärkning inom missbruks- och beroendområdet inklusive LVM-vården.



2009/10:RFR1	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Uppföljning av statens insatser för småskalig livsmedelsproduktion
2009/10:RFR2	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Svenska fiskbestånd med framtidsfokus
2009/10:RFR3	SOCIALUTSKOTTET Forskning som berör socialtjänstlagen och kompletterande regelverk
2009/10:RFR4	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets och Statens medicinsk-etiska råds öppna seminarium om en ny fosterdiagnostisk metod den 22 oktober 2009
2009/10:RFR5	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets öppna seminarium om äldrefrågor den 26 november 2009
2009/10:RFR6	FÖRSVARsutskottet Försvarsutskottets offentliga utfrågning om Afghanistan
2009/10:RFR7	TRAFIKUTSKOTTET Pumplagen – uppföljning av lagen om skyldighet att tillhandahålla förnybara drivmedel
2009/10:RFR8	KULTURUTSKOTTET Kulturutskottets offentliga utfrågning om funktionshindrade och scenrummet
2009/10:RFR9	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets öppna seminarium om socialtjänstlagen med fokus på dess utformning och tillämpning inom socialtjänsten den 28 januari 2010
2009/10:RFR10	TRAFIKUTSKOTTET Trafikutskottets offentliga utfrågning om den senaste tidens stora tågförseningar den 18 februari 2010
2009/10:RFR11	KULTURUTSKOTTET Kulturutskottets offentliga utfrågning om jämställdhet och maktstrukturer inom kulturens område
2009/10:RFR12	CIVILUTSKOTTET Näringslivets självregleringsorgan – utvecklingen sedan 2003
2009/10:RFR13	TRAFIKUTSKOTTET Samhällsekonomisk kalkylering – referat från trafikutskottets seminarium den 12 november 2009

RAPPORTER FRÅN RIKSDAGEN		2010/11
2010/11:RFR1	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Uppföljning av ekologisk produktion och offentlig konsumtion	
2010/11 RFR2	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Uppföljning av statens satsning på hållbara städer	
2010/11 RFR3	CIVILUTSKOTTET, TRAFIKUTSKOTTET, MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Hållbara städer – med fokus på transporter, boende och grönområden	
2010/11:RFR4	TRAFIKUTSKOTTET Offentlig utfrågning om vinterberedskapen inom järnvägstrafiken	
2010/11:RFR5	FINANSUTSKOTTET Utvärdering av riksbankens penningpolitik och arbete med finansiell stabilitet 2005–2010	
	Engelska Evaluation of the Riksbank's monetary policy and work with financial stability 2005–10	
2010/11:RFR6	KULTURUTSKOTTET Kulturutskottets offentliga utfrågning om barns och ungas rätt till kultur	

2011/12:RFR1	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Biologisk mångfald i rinnande vatten och vattenkraft – En uppföljning
2011/12:RFR2	UTBILDNINGSUTSKOTTET Utbildningsutskottets offentliga utfrågning om forsk- nings- och innovationsfrågor
2011/12:RFR3	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om biologisk mångfald i rinnande vatten och vattenkraft
2011/12:RFR4	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Konstitutionsutskottets seminarium om en nordisk same- konvention
2011/12:RFR5	NÄRINGSUTSKOTTET eHälsa – nytta och näring