

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2011-08-22

HSN 1106-0592

Handläggare:
Johan Tallroth
Andreas Falk

Yttrande över betänkande "Bättre insatser vid missbruk och beroende - individen, kunskapen och ansvaret" (SOU 2011:35)

Ärendebeskrivning

Landstingsstyrelsen har begärt att Hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över betänkandet "Bättre insatser vid missbruk och beroende – individen, kunskapen och ansvaret". Utredningen lyfter fram tio motiv för en reform av missbruksvården. Förändrad missbrukssituation och vårdbehov, vården när för få, vården uppfattas inte som attraktiv, investeringar, otydlig ansvarsfördelning, ojämlik vård, brister i tvångsvården, otillräcklig kunskap och kompetens, behov av ny lagstiftning och små kommuner har svårt leva upp till modern vård. Utredningen presenterar ett 70-tal förslag till förbättringar. I remissvaret lämnas inte svar på alla förslag, utan svaret fokuserar på de större förslagen och som direkt berör missbruksvården i Stockholms läns landsting (SLL). De åtta reformområdena och tio motiven för dessa redovisas i bilagan.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2011-08-22
Sammanfattning av förslag i betänkandet 2011-08-11

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i Programberedningen för folkhälsa och psykiatri.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till Landstingsstyrelsen överlämna förvaltningens yttrande över betänkande "Bättre insatser vid missbruk och beroende-individen, kunskapen och ansvaret" (SOU 2011:35)

att omedelbart justera beslutet

Förvaltningens motivering till förslaget

Tidig upptäckt och intervention

Förvaltningen delar utredningens problembild om att vården endast når en av fem av det totala antalet personer med beroendetillstånd. Det är angeläget att en ambitionshöjning kommer till stånd när det gäller tidig upptäckt och intervention. Det är tveksamt om en förstärkt lagstiftning är nödvändigt med tanke på att det redan finns ett uttalat ansvar för landsting och kommun i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SOL) att jobba med förebyggande insatser.

Förvaltningen stödjer förslaget om att primärvården skall ges ett tydligare uttalat ansvar för tidig upptäckt och att det måste tydliggöras i avtal och auktorisationsvillkor i de fall vårdval förekommer. Det är dock tveksamt om det behöver tydliggöras i särskilda program. Borde snarare kunna tydliggöras i den missbrukspolicy som tagits fram av SLL och länets kommuner. Behovet av och metoder för uppsökande verksamhet bör också tydliggöras. MVC och BVC: s roll i det preventiva arbetet lyfts fram, men det vore också bra om ungdomsmottagningar och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar kunde ges ett mer uttalat ansvar för det preventiva arbetet. I utredningen nämns nästan ingenting om detta.

Tydligare ansvar för effektivare vård

Förvaltningen delar utredningens förslag om att beroendevården idag inte når den stora gruppen av personer med beroendetillstånd i riket. Det finns ett omfattande dolt missbruk. Av de 330 000 personer som bedöms uppfylla kriterierna för alkoholberoende har cirka 25 000 också en betydande social problematik, till exempel i form av bostads- eller försörjningsproblem. Data från PART-studien, genomförd i Stockholms län, talar för att ca 90 – 100 000 personer i länet uppfyller kriterierna för alkoholmissbruk eller –beroende. År 2008 behandlades ca 10 000 personer antingen i öppen eller sluten vård för alkoholproblem, således en av nio eller tio personer med dessa problem.

Utredningen anser att vårdens vanligaste organisering förefaller stå i konflikt med uppfattningen hos den stora majoriteten personer som behöver hjälp för missbruks- och beroendeproblem, om var de helst vill söka vård. Forskningsresultat visar att nio av tio personer med missbruk eller beroende helst vill söka hjälp inom hälso- och sjukvården. Endast 5 procent vill helst söka vård inom socialtjänsten.

Idag är det ett delat ansvar för vård och behandling. Hos socialtjänsten ligger ansvaret för psykosocial behandling. Abstinensbehandling och annan medicinsk behandling ligger hos landstinget.

Utredningen föreslår att ansvaret för all behandling inklusive psykosocial behandling (ex tolvstegsbehandling) överförs till landstinget som då får ett samlat ansvar för all behandling. Kvar hos kommun skulle då psykosocialt stöd och annat stöd i form av kontaktperson, personligt ombud, stöd till boende och daglig verksamhet finnas.

I Stockholms läns finns idag ett gott samarbete mellan huvudmännen kring de patienter som är kända av såväl beroendevården och socialtjänsten. En av landstinget och alla kommuner inom länet beslutad Missbrukspolicy finns som bland annat reglerar samverkan kring de samlokaliserade beroendemottagningarna.

Enligt utredningens förslag kan man reglera huvudmannaskapsansvaret för att möta lokala behov och förutsättningar.

Förvaltningen anser att det bör övervägas att landstinget genom avtal blir huvudman åtminstone för den stora grupp som inte nås av och har behov av socialtjänstens insatser. Landstinget har redan en mottagning för denna grupp. Bedömningen är att det skulle behövas två till tre sådana mottagningar med hög tillgänglighet för denna nya och stora målgrupp.

För en mindre grupp med mycket komplicerade sociala förhållanden krävs dock insatser från socialtjänsten och därmed finns ett fortsatt starkt behov av god samverkan - ett delat huvudmannaskap.

Förvaltningen anser som utredningen att en sekretessbrytande bestämmelse som underlättar uppföljning av vården både i socialtjänsten och hälso- och sjukvården inte ska införas. Integritetshänsyn talar för denna ståndpunkt.

Utredningen anser att det finns mycket som talar för en huvudmannaskapsförändring med klart ansvar för all vård och behandling hos en huvudman, dvs landstinget. Förvaltningen anser att detta ska vägas mot att det går att reglera ansvaret mellan huvudmännen genom lokala överenskommelser och samverkansavtal enligt utredningens förslag. Kommunernas och landstingets respektive uppgifter bör kunna förtydligas och ansvarsfördelningen regleras i ökade krav på samverkan utan att huvudmannaskapet ändras.

Stärkt ställning för individen

Förvaltningen delar förslaget om införandet av en förstärkt vårdgaranti där utredning och behandling ska inledas inom 30 dagar. Inom SLL har beslut sedan tidigare fattats om en skärpning av vårdgarantin som nu föreslås i utredningen. Det är bra att likvärdiga krav nu kommer att ställas i hela landet. Det är angeläget att vårdgarantin följs upp utifrån prioriteringsordningen för att säkerställa att personer med störst och akuta behov prioriteras. Eventuella undanträngningseffekter måste följas noggrant.

Förvaltningen delar förslaget om att brukarmedverkan i vård, behandling och uppföljning måste utvecklas och stärkas. Formerna bör utformas i nära samverkan med brukare och anhöriga. Det är tveksamt om utredningens förslag om särskild lagstiftning för förstärkt vårdgaranti och ökat brukarinflytande krävs. Den förstärkta vårdgarantin borde kunna skrivas in i HSL och SOL. Brukarmedverkan bör kunna regleras i de lokala och regionala överenskommelserna. Förslaget om att göra personliga ombud tillgängliga för missbrukare är bra om det går att hitta rimliga lösningar på ansvarsfördelning, styrning, finansiering och kompetensutveckling.

Vårdens innehåll, boende och sysselsättning

Förvaltningen ser också ett starkt behov av målgruppspecifika insatser för de med läkemedelsberoende och dopningsmedelsmissbruk. Samtidigt är det angeläget att inte bygga för mycket av nya organisationer. Istället bör fokus ligga på integration med den existerande missbruksvården. För att säkerställa en jämlik missbruksvård bör det självklart vara så att substitutionsbehandling i kombination med psykosociala behandlings- och stödinsatser ska vara tillgängligt i hela landet. Utredningen föreslår att behandlingen alltid skall påbörjas och avslutas av läkare med specialistkompetens i psykiatri vid enhet som anmälts att bedriva substitutionsbehandling men att allmänläkare med särskild kompetens ska kunna fortsätta behandlingen. Förvaltningen anser att huvudlinjen bör vara att den bedrivs av läkare med specialistkompetens i psykiatri där detta är möjligt.

Bättre kvalitet, kunskap och kompetens

Förvaltningen delar uppfattningen om att precis som inom all annan vårdverksamhet så måste verksamheten vara evidensbaserad och kunskapsbaserad. När det gäller HVB (Hem för Vård eller Boende) har avsaknaden av tydliga kvalitetskrav och bristande tillsyn gjort det svårt för kommuner och landsting att veta vilken kvalitet olika boendeformer

verkligen håller. Därför är utredningens förslag om tydliga auktorisationskrav på HVB-hem särskilt välkommet. Det skapar en tydlig koppling mellan auktorisation, tillsyn och sanktioner. Bra att det klargörs att lika villkor ska gälla för privata och offentliga utförare.

Förslaget om inrättande av ett nationellt kvalitetsregister för missbruksvården är bra. Är dock viktigt att redan från början göra huvudmännen delaktiga i utformandet av registret för att säkerställa att de upplever nyttan med att leverera data till och använda sig av registret. Ekonomiska incitament spelar naturligtvis en stor roll, men är inte alltid det enda avgörande.

Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag regelbundet göra en bedömning av missbrukssituationen i Sverige. Förvaltningen har inget att invända mot att en sådan bedömning görs, snarare tvärtom. Det rimliga vore dock att Folkhälsoinstitutet får uppdraget istället, inte minst eftersom behovet av att det förebyggande perspektivet i missbruksvården stärks.

Det är alldeles uppenbart att forskningen och kunskapsspridningen inom missbruksområdet behöver stärkas. Förvaltningen delar inte utredningens förslag om att bygga upp nya nationella institut- och kunskapscentra. Det är istället angeläget att forsknings- och kunskapsproduktion utvecklas på kommunal- och regionalnivå i nära anslutning till verksamheterna. De regionala kunskapscentra som utvecklas inom cancerområdet skulle mycket väl kunna stå som föredöme.

Vård utan samtycke

Förvaltningen stödjer samtliga förslag som behandlar tvångsvården inom missbruksområdet. Det är angeläget för patienter och personal att tvångsvårdens innehåll utvecklas, kan bedrivas mer rättssäkert och att ett mer jämlikt vårdutbud kan erbjudas i hela riket. Dock är det viktigt att i det fortsatta arbetet beakta och gå i takt med de förslag till tvångslagsstiftningens område som under hösten kommer presenteras av Tvångslagsutredningen.

Jämlik vård

Missbruk och beroende är vanligare bland män än kvinnor. Bland dem som vårdas för missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika är cirka 70 procent män och 30 procent kvinnor. Dopningsmedelsmissbruk förekommer i princip uteslutande bland yngre män. Missbruk och beroende av läkemedel förefaller, till skillnad från andra former av missbruk och beroende, vara vanligare bland kvinnor.

Utredningens förslag att samla ansvaret för behandling hos landstinget skulle skapa förutsättningar för ett mer diversifierat utbud av målgruppspecifika insatser, bland annat för gravida eller våldsutsatta kvinnor. Detta diversifierade utbud är inte rimligt eller möjligt att tillhandahålla av kommuner med ett litet befolkningsunderlag enligt utredningen.

I Stockholms län finns bra samverkan mellan landstinget och Stockholms kommun för missbrukande och våldsutsatta kvinnor på bland annat verksamheten för Hemlösa på Ersta och Spiralprojektet.

Polisen och kriminalvårdens roll

Förvaltningen delar utredningens förslag innebärande att om polisens och kriminalvårdens insatser för personer med missbruk eller beroende utvecklas förbättras samverkan kring personer som är föremål för insatser från landstinget, kommunen, polisen och kriminalvården.

Ny lagstiftning

Förvaltningen anser inte att det behövs en ny särskild lagstiftning om missbruks- och beroendevård. Det skulle ytterligare riskera att leda till nya gränsdragningsproblem som skulle missgynna vårdens effektivitet. Det rimliga är att istället göra förtydliganden i nuvarande HSL och SoL. Däremot delar förvaltningens förslag om förändrad lagstiftning när det gäller vård utan samtycke. Särskilt angeläget är förslaget om en likställighetsbestämmelse som tydliggör att LPT (Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård) även ska omfatta patienter som till följd av ett missbruk har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

Ekonomiska konsekvenser

Utredningens förslag bedöms öka kostnaderna marginellt främst för att möta de nya riskgrupper som nämns. En eller två nya mottagningar för denna grupp behövs för denna grupp, förslagsvis i norra och södra delen av länet. Dessa skulle komplettera den nuvarande som är placerad i Stockholm City. Möjligtvis kan det behövas fler tillnyktringsplatser.

I övrigt har Stockholms läns landsting till skillnad mot andra landsting redan anslagit resurser för vård, metadonbehandling, sprutbytesverksamhet, tillnyktringsenhet samt insatser riktade emot kriminalvården enligt utredningens förslag.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Patientsäkerheten bör öka när evidensbaserade metoder tillämpas inom beroendevården.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Utredningens förslag om att rätten till jämlik vård säkras genom vårdgaranti samt att alla landsting ska kunna erbjuda bland annat metadon-behandling.

Miljökonsekvenser

Förslagen innebär inga förändrade miljökonsekvenser.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Olle Olofsson
Avdelningschef

Avdelningen för närsjukvård
Psykiatri

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2011-08-11

Diarienummer
HSN 1106-0592

Sammanfattning av förslag och motiv för reform av beroendevården i betänkandet "Bättre insatser vid missbruk och beroende - individen, kunskapen och ansvaret" (SOU 2011: 35)

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

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

7. Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen

Genom att stödja arbetsgivarens arbete med att förebygga riskbruk, missbruk och beroende samt förbättra tillgängligheten till insatser inom arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen förbättras möjligheterna till bibehållen anställning och rehabilitering till arbete.

8. Vårdens innehåll, boende och sysselsättning

Genom att anpassa innehållet i vården för olika målgrupper (åldersgrupper, genus, etnicitet, funktionsnedsättning, etc.) och inom vissa insatsområden (läkemedelsberoende, dopning, etc.) samt utveckla kunskapsbaserat stöd till boende och sysselsättning kan en mer effektiv vård skapas för fler.

Tio motiv för en reform

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

1. Förändrad missbrukssituation och nya vårdbehov

Missbrukssituationen och därmed vårdbehoven har förändrats. Ursprungligen utformades missbruks- och beroendevården för personer med alkoholproblem. Målgruppen vidgades efter narkotikans intåg på 1960-talet. I samband med detta uppmärksammades behovet av medicinska insatser. Varken läkemedelsberoende eller dopningsmedelsmissbruk var aktuellt när nuvarande lagstiftning tillkom och något uttalat ansvar för behandling av dessa tillstånd finns inte formulerat. Samtidigt visar utredningens skattningar att läkemedelsberoende, efter alkoholberoende, är den vanligaste formen av beroende. Dryckesvanorna har förändrats, bland annat som en följd av matkulturens utveckling, nya distributionsformer med bag-in-box, mer marknadsföring, förändrade umgängesvanor med after-work, servering vid idrottsarrangemang, etc. Idag är vin och öl en del av vardagen för flertalet svenskar. Ungdomars experimenterande med nya droger ställer nya krav på vården. Missbruk av dopningsmedel utanför elitidrotten har utvecklats under 1990-talet. Idag uppgår enligt utredningens skattningar antalet personer med

alkoholberoende till 330 000, med tungt narkotikamissbruk till 29 500, med läkemedelsberoende till 65 000 och antalet frekventa användare av dopningsmedel till 10 000. Vid sidan av de inte tidigare uppmärksammade grupperna, läkemedelsberoende och dopningsmedelsmissbruk, har antalet personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika ökat påtagligt. De tillgängliga vård- och behandlingsinsatserna för de nya målgrupperna är ännu mycket begränsade.

2. Vården når endast en av fem

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

Många av de 330 000 personerna med alkoholberoende är inte kända inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Förekomst av läkemedelsberoende uppmärksammas allt för sällan inom vården. Vidare tenderar personer med missbruk eller beroende av narkotika eller dopningsmedel att undvika att söka vård på grund av att icke-medicinsk användning av medlen är kriminaliserad. *Utredningen bedömer att vården i dag endast når en av fem med beroendeproblem. Merparten av dem som vården når är personer med social problematik. Den grupp där rådgivnings- och behandlingsinsatser kan ge de största vinsterna är socialt etablerade personer.*

3. Vården uppfattas inte som attraktiv

Den svenska missbruks- och beroendevården har sina rötter i fattigvården och har följaktligen traditionellt varit ett ansvar för kommunerna. Även i dag organiseras vården i stor utsträckning med socialtjänsten som bas. Vårdens vanligaste organisering förefaller stå i konflikt med uppfattningen hos den stora majoriteten personer som behöver hjälp för missbruks- och beroendeproblem, om var de helst vill söka vård. Forskningsresultat visar att nio av tio personer med missbruk eller beroende helst vill söka hjälp inom hälso- och sjukvården. Endast 5 procent vill helst söka vård inom socialtjänsten.

4. Investeringar i vård minskar skador och kostnader

Det ökande missbruket leder också, utöver lidande för den enskilde och närstående, till allt större samhällsekonomiska kostnader. Missbruket leder till en betydande ohälsa och arbetsoförmåga. Det är inte ovanligt att arbetslösa och sjukskrivna har problem med missbruk eller beroende. Varje år uppgår antalet alkohol- och narkotikarelaterade dödsfall till cirka 2 500 i

Sverige. Minst 70 procent av klienterna inom kriminalvården har missbruksproblem och de vanligaste brotten som leder till fängelse är missbruksrelaterade, bland annat narkotikabrott, rattfylleri samt tillgrepps- och våldsbrott. Åtta av tio gärningsmän vid misshandel är påverkade av alkohol och droger. Missbrukets samhällsekonomiska kostnad uppgår, enligt utredningens beräkningar, till cirka 150 miljarder kronor i Sverige. De samhällsekonomiska kostnaderna är nio gånger större än de resurser som kommuner och landsting idag lägger ner på vård, behandling och stöd. Samtidigt visar utredningens undersökningar att investeringar i missbruks- och beroendevård är samhällsekonomiskt lönsamma.

5. Otydligt ansvar drabbar individen och vårdens effektivitet

Den gällande lagstiftningen av missbruks- och beroendevården genom SoL och HSL tillkom för cirka 30 år sedan. Polisens ansvar för omhändertagande av berusade personer enligt LOB reglerades redan 1976. SoL och HSL har karaktären av ramlagar och reglerar endast kommunernas och landstingens ansvar för olika målgrupper och insatser på en övergripande nivå. Den övergripande regleringen, i kombination med den förändrade missbrukssituationen och vårdens utveckling, har inneburit attolika kommuner och landsting tolkar uppdraget för missbruks- och beroendevård mycket olika. På några håll i landet står kommunerna för merparten av vården. På andra håll står landstinget för merparten. På flertalet håll råder någon form av delat ansvar för insatserna. För den enskilde innebär variationerna i faktisk ansvarsfördelning att vård måste sökas hos olika huvudmän, vårdbehov bedömas enligt olika principer, och insatser erbjudas enligt olika lagstiftningar. Inte sällan tvistar kommunerna och landstingen om vem som ska ha ansvar för vad, vilket drabbar den enskilde i behov av hjälp i form av bristande tillgänglighet, samordning eller kontinuitet. Utöver negativa konsekvenser för den enskilde utgör det otydliga ansvaret också ett hot mot vårdens effekt och effektivitet. Bristande tillgänglighet kan leda till att personens motivation att ta itu med problemet minskar eller att problemet eskalerar, till exempel att missbruket leder till relationsproblem, arbetslöshet eller kriminalitet. Bristande samordning och kontinuitet kan innebära att behandlingsresultatet försämras, till exempel om abstinensvård inte efterföljs av behandling eller om tvångsvård inte efterföljs av frivillig vård.

6. Tillgången på vård är ojämlig

Idag avgörs tillgången på vård i hög grad av i vilken kommun eller i vilket landsting en person med missbruk eller beroende råkar vara bosatt. I vissa kommuner och landsting saknas ett grundläggande utbud av

behandlingsinsatser som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. I andra kommuner och landsting finns ett grundläggande utbud, men tillgängligheten är ofta begränsad med långa väntetider. Riskabel alkohol- och drogkonsumtion kan leda till utveckling av missbruk eller beroende. Tidig upptäckt och kort rådgivning är effektiva insatser som kan förhindra en sådan utveckling, men detta arbete är allt för ofta inte systematiserat eller prioriterat inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

7. Tvångsvården brister i innehåll, form och rättssäkerhet

Tvångsvården av personer med missbruk eller beroende enligt LVM uppvisar allvarliga brister. Behandlingsinnehållet är för begränsat, formen för inflexibel och kopplingen till efterföljande frivilliga insatser hos hemkommun eller landsting för svag. Personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom har särskilt svårt att få tillgång till adekvat vård. Vidare är tvångsvårdens tillämpning rättsosäker. Detta avspeglas i stora variationer i användningen av tvångsvård enligt LVM mellan landets kommuner som inte kan förklaras av skillnader i vårdbehov. Tillämpningen kompliceras ytterligare av att personer med missbruk eller beroende kan tvångsvårdas enligt både LVM och LPT.

8. Kunskapen och kompetensen är otillräcklig

Missbruks- och beroendevården är inte tillräckligt kunskapsbaserad. För vissa missbruks- och beroendetillstånd saknas helt evidensbaserade insatser. Nya rön införlivas i allt för begränsad utsträckning i vården. Vissa kunskapsbaserade insatser tillämpas inte av ideologiska skäl. För vissa målgrupper saknas målgruppsspecifika insatser, exempelvis barn och ungdomar och personer med dopningsmedelsmissbruk. För andra målgrupper finns olika hinder som gör det svårt att ta del av det ordinarie utbudet av insatser, till exempel personer med utländsk bakgrund. När kunskapsbaserade insatser väl används tenderar de att tillämpas med betydande variation eller på andra beroendetillstånd än evidensen avser, vilket kan äventyra effekten. De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården som Socialstyrelsen utfärdat är viktiga för att sprida kunskap om evidensbaserade insatser, men omfattar inte läkemedelsberoende eller dopningsmedelsmissbruk eller flera målgrupper med specifika behov, till exempel barn och ungdomar samt personer med funktionsnedsättning. Även kompetensen brister. Baspersonalen inom missbruks- och beroendevården har ofta stort engagemang och värdefull erfarenhet, men saknar allt för ofta formell utbildning. Grundutbildningarna för centrala yrkesgrupper såsom läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer ger för lite kunskap om

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

9. Vårdens utveckling utmanar nuvarande lagstiftning

Den nuvarande lagstiftningen har i allt högre grad kommit att utmanas av kunskapsutvecklingen och missbruks- och beroendevårdens praktik. När det gäller synen på missbruk och beroende återspeglar den nuvarande lagstiftningen att missbruk och beroende i huvudsak ses som sociala problem. Med ny kunskap har dock missbruk och beroende i allt högre grad kommit att betraktas som sjukdomstillstånd. Missbruk (skadligt bruk) och beroende ingår i de internationellt vedertagna diagnossystemen inom hälso- och sjukvården, ICD och DSM. Vidare har synen på vilka insatser som är lämpliga gått i medicinsk riktning. Läkemedelsbehandling har över tid utvecklats för allt fler beroendetillstånd, bland annat vid beroende av alkohol och opiater. Den utbredda förekomsten av samsjuklighet mellanmissbruk eller beroende och psykisk sjukdom ställer också högre krav på medicinska insatser. I takt med detta har antalet personer med missbruk eller beroende som behandlas inom hälso- och sjukvården också ökat. Denna utveckling har accelererat från och med 1990-talet. Den svenska missbruks- och beroendevården har traditionellt varit starkt orienterad mot psykosociala behandlings- och stödinsatser, eller så kallade drogfria alternativ. I internationell jämförelse framstår användningen av läkemedel och andra medicinska insatser som mindre utbredd i Sverige än i flertalet länder i övriga Europa och övriga världen. Utöver vårdideologiska skäl, är en viktig förklaring till den jämförelsevis begränsade användningen av läkemedelsbehandling i svensk missbruks- och beroendevård att kommunen enligt HSL endast får meddela vård upp till och med sjuksköterskas nivå, vilket försvårar läkemedelsbehandling.

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

Utvecklingen inom missbruksområdet med nya former av missbruk samt förstärkta krav på att insatserna ska vara kunskapsbaserade och målgruppsanpassade ställer ökade kompetens- och resursmässiga krav på huvudmännen för att kunna erbjuda en kvalificerad och diversifierad vård. Institutionsvård och tvångsvård som kommunerna betalar är också mycket kostsamt. Många av dagens 290 kommuner har svårt att möta dessa krav. Isynnerhet gäller detta kommuner med litet befolkningsunderlag och

därmed begränsat skatteunderlag. Utbudet av behandling i öppen vård är ofta begränsat. Användningen av slutenvård vid behandlingshem (HVB) är än mer begränsad. Målgruppspecifika insatser är ovanliga eller av mycket varierande omfattning och kvalitet, till exempel när det gäller barn och ungdomar med missbruksproblem. Den framtida utvecklingen kommer att ställa än större krav på huvudmännen när det gäller att utveckla utbudet av behandlings- och stödinsatser. Utredningens vetenskapliga underlag visar att specifika behandlingsinsatser behöver erbjudas för flera olika målgrupper, vilket i praktiken förutsätter ett befolkningsunderlag som normalt endast finns på regional nivå. Internationellt är också trenden att många länder samlar ansvaret för vården hos färre huvudmän med större befolkningsunderlag och starkare finansiell bas. Inom EU har ansvaret för behandling av missbruk och beroende vanligen samlats hos sjukvårdshuvudmannen. I de nordiska grannländerna har det både i Norge och Danmark nyligen genomförts omfattande strukturreformer som genom att minska antalet huvudmän syftat till att stärka vårdens finansiella bas. I Finland pågår, liksom i Sverige, motsvarande reformarbete när det gäller hälso- och sjukvården.