

Sammanfattning

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

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

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

Syfte och frågeställningar

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

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

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

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

Internationell referens

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

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

Stärkt ställning och förbättrad tillgänglighet för individen

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

Stor och växande grupp i Sverige har missbruk eller beroende

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

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

Nuvarande ansvarsfördelning har negativa konsekvenser

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

Tre ansvarsmodeller för bättre vård och stöd

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

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

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

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

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

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

Brister i tvångsvården

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

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

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

Tre tvångsmodeller för att stärka individens ställning

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

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

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

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

Utredningens fortsatta arbete

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

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