

Avdelningen för kunskapsstyrning
Ulf Malmström
ulf.malmstrom@socialstyrelsen.se

Regeringskansliet
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Socialstyrelsens yttrande över Missbruksutredningens slutbetänkande Bättre insatser vid missbruk och beroende, SOU 2011:35

Sammanfattning

Socialstyrelsen uppfattar att utredningens förslag i huvudsak utmynnar i två centrala ställningstaganden. Dels frågan om att stärka den enskildes ställning, främst uttryckt i en särlagstiftning, lag om missbruks- och beroendevård (LMB), dels frågan om inskränkningar i den enskildes frihet (vård utan samtycke).

Socialstyrelsen ställer sig positiv till följande förslag:

- Att föra över det behandlingsansvar som idag vilar på socialtjänsten till landstingen då en sådan åtgärd kan innebära att fler personer än i dag får tillgång till kvalificerade hälso- och sjukvårdinsatser utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. För att uppnå den effekten anser vi att förslaget måste kompletteras med en nationell satsning som stöd för den omfattande process som krävs för att etablera ett nytt arbetssätt. Utan en sådan nationell satsning befarar vi att förändringen riskerar att leda till nya definitions- och avgränsningsproblem och att de senare årens positiva erfarenheter av integrering, samsyn och fokus på evidensbaserade metoder kan gå förlorade.
- Att föreslå bestämmelser för att stärka den enskildes ställning inom missbruks- och beroendevården så långt det är möjligt redan nu införs i svensk lagstiftning, men att de integreras i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen.
- Att införa en förstärkt vårdgaranti med vissa tillägg.

Socialstyrelsen avvisar i dagsläget följande förslag :

- Att upphäva lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och att den aktuella målgruppen istället omfattas av lagen (1991:1128) om psykiatriskt tvångsvård (LPT). Vi anser inte att utredaren på ett övertygande sätt visat att det i dagsläget finns förutsättningar i den psykiatriska slutenvården att integre-

ra målgruppen, särskilt när det gäller långsiktig planering och eftervård. Konsekvenserna av en sådan sammanslagning av psykiatrisk vård och missbruksvård är också svåra att förutse, speciellt om den genomförs samtidigt som behandlingsansvaret förändras. Vi utesluter inte att en sådan förändring bör genomföras på sikt när effekterna av de föreslagna förändringarna har blivit synliga.

Socialstyrelsen avvisar följande förslag:

- Förslag om auktorisation och anser istället att den nuvarande tillståndsprovningen ska förstärkas men vill framhålla vikten av kvalitetssäkring eller en kvalitetsgaranti vad gäller verksamheter vid hem för vård och boende (HVB).
- Förslag om att införa en ny lag om missbruks- och beroendevård (LMB)
- Förslag om införandet av nya sekretessbrytande bestämmelser
- Att 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.

Socialstyrelsens synpunkter

1. Lag om missbruks- och beroendevård (LMB)

Socialstyrelsen avvisar utredningens förslag om att införa en ny lag om missbruks- och beroendevård (LMB) som en komplettering till bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453), SoL och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Vi menar att socialtjänstlagen måste ses över i sin helhet innan en särslagstiftning för vissa grupper införs. Den nuvarande socialtjänstlagen bygger på ambitionen att skapa jämlika villkor för hela befolkningen samtidigt som behoven hos vissa grupper särskilt pekats ut. Bestämmelserna om insatser till vissa grupper har förstärkts och preciserats de senare åren t.ex. när det gäller anhöriga och brottsoffer. Det finns också förslag bl.a. från barnskyddskommittén som skulle innebära ytterligare steg i den riktningen. Samtidigt har ett behov av att integrera socialtjänstlagen med hälso- och sjukvårdslagen uppmärksammat allt mer och bl.a. lett till att likalydande bestämmelser om individuell planering har införts i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Socialstyrelsen delar utredarens bedömning att bestämmelser som stärker den enskildes ställning och preciserar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens skyldigheter är nödvändiga för att personer med missbruks- och beroendeproblematik ska kunna få sina behov tillgodosedda. Vi tillstyrker därmed att föreslagna bestämmelser för att stärka den en-

skildes ställning inom missbruks- och beroendevården så långt det är möjligt redan nu införs i svensk lagstiftning, men att de integreras i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen.

3.1. Tydligare ansvar och förstärkta krav på samverkan

Socialstyrelsen instämmer i utredningens slutsats att hälso- och sjukvårdens ansvar för behandling bör förstärkas och att den rådande kommun- (och landstingsstrukturen) leder till ett på flera håll begränsat och otillfredsställande vårdutbud med stor variation mellan olika delar av landet. De regionala samverkanslösningar som utredaren föreslår i kapitel 3.8. om möjlighet till lokal och regional anpassning och kapitel 3.9 om samarbetsavtal kan vara en lösning på problemen. Ett annat alternativ kan vara en samordning under landstingen.

3.5. Behandling, 3.6. Psykosocialt stöd samt 3.7. Utredning, planering och uppföljning

Socialstyrelsen är positiv till förslaget om att föra över ansvaret för behandling till landstinget. I dag finns evidensbaserad kunskap om medicinska behandlingsmetoder mot missbruk och beroende som inte målgruppen får del av i tillräcklig utsträckning. Ett förtydligt ansvar för landstingen att behandla missbruk och beroende både genom läkemedel och psykosociala metoder kan enligt vår uppfattning leda till att vårdutbudet ökar både gällande tillgänglighet och kvalitet och att forskning och metodutveckling stimuleras. Ytterligare ett argument för utredarens förslag är att det ofta finns ett nära samband mellan psykisk ohälsa och missbruk och att såväl preventiva insatser, tidig upptäckt och tillgången till adekvat behandling skulle gynnas om vården i sin helhet ges av samma huvudman.

Det finns dock risker med förslaget, t.ex. de avgränsningsproblem som kan uppstå mellan psykosociala stödinsatser och psykosociala behandlingsinsatser. I en nationell kartläggning (ÖKART, Socialstyrelsen 2008) framkom att ett stort antal öppenvårdsverksamheter bedriver verksamhet som inbegriper ett brett spektrum av insatser från bägge dessa områden. Socialstyrelsen bedömer också att personal inom socialtjänstens myndighetsutövning utför arbetsuppgifter som omfattar rådgivning, motivation, allmänt stödjande insatser och behandling. Att försöka avgränsa eller separera dessa arbetsuppgifter från varandra är komplicerat. Kvalificerade (psyko)sociala behandlingsinsatser spänner ofta över en rad olika problem hos den enskilde som förutsätter både stödjande och behandlande insatser. Vi menar därför att möjligheterna för de berörda huvudmännen att komma överens om lokala och regionala lösningar och fördela nödvändiga resurser mellan sig måste kvarstå samtidigt som landstingens ansvar tydliggörs i lagstiftningen. Dess-

utom behöver ansvarsfördelningen förändras och kompletteras med en fortsatt nationell satsning på missbruks- och beroendområdet. Baserat på de insatser som redan gjorts inom ramen för programmet för kunskap till praktik.

3.10. Sekretess i vården

Socialstyrelsen avvisar utredningens förslag om införandet av de nya sekretessbrytande bestämmelserna i 25 kap. 12 a § och 26 kap. 9 a § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, i dess föreslagna form. Vi anser att de föreslagna är oprecisa och riskerar att ges en alltför vid tolkning.

4.2. Förstärkt vårdgaranti

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag att införa en förstärkt vårdgaranti men anser inte att målgruppen bör avgränsas på det sätt som föreslås i betänkandet.

Socialstyrelsen menar att avgränsningar som ger utrymme för olika parter tolkningar leder till tolkningstvister. En starkt ställning för individen borde ge den enskilde tolkningsföreträdare i fråga om sitt eget behov av vård och behandling.

4.2.2 Tidiga insatser mer effektiva

Socialstyrelsen vill betona vikten av tidiga insatser. I linje med den hållningen anser vi att garantin även bör omfatta personer med riskbruk, särskilt då man kan befara att riskbruk snabbt övergår i missbruk.

4.4 Förstärkt brukarinflytande

Socialstyrelsen ställer sig i allt väsentligt bakom utredningens resonemang och förslag när det gäller att stärka brukarinslaget, men anser att den enskilde ska ges tolkningsföreträdare vid bedömning av sitt behov av vård, stöd och behandling.

4.5 Tillsyn

Socialstyrelsen anser sig redan ha ett tydligt tillsynsansvar och sanktionsmöjligheter, varför förslaget till ändringar av bestämmelserna i LMB är överflödiga.

5.1. Målgruppspecifika insatser

Socialstyrelsen delar utredarens bedömning att innehållet i vården bör anpassas för målgrupperna. I utredningen dominerar dock individperspektivet i vården. Vi anser att en reformering av missbruks- och beroendevården även måste innefatta ett barn- och föräldraskapsperspektiv i alla de verksamheter som möter föräldrar som klienter eller patienter.

När en familjemedlem har ett missbruks- eller beroendeproblem påverkas hela familjen. Både barn och den icke missbrukande parten ska kunna få stöd och hjälp som är lätt tillgänglig.

5.3.1. Barn och ungdomar

Socialstyrelsen saknar ett tydligt familjeperspektiv och ser behov av ett förtydligt uppdrag till barn- och ungdomspsykiatrien som ett alternativ till de regionala specialiserade verksamheter som utredningen föreslår. Vi anser att Barn- och ungdomspsykiatrien är den naturliga hemvisten för barn och unga med missbruks- eller beroendeproblem. Samverkan mellan landstingen och kommunerna kring integrerade lokala basverksamheter för barn och ungdomar med missbruk eller beroende är angelägen. Den skulle kunna utvecklas med de integrerade beroendemottagningarna för vuxna som etablerats på många håll i landet som förebild. Beroendecentra för vuxna bör kunna tillhandahålla resurser och differentierade insatser även för ungdomar under 20 år. Vi anser dock att en utveckling av specialiserade verksamheter upprätthåller en gräns mellan barn och ungdomar upp till 20 år och vuxna.

5.3.3. Gravida kvinnor

Socialstyrelsen anser att krav bör ställas på landstingen att bygga upp en tillgänglighet till dessa insatser. Vi menar också att barnhälsovården bör ha en särskild uppföljningsskyldighet fram till skolåldern för barn som fötts av missbrukande mödrar och som därmed exponerats för beroendeframkallande substanser i fosterstadiet.

5.5.2. Läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende

Socialstyrelsen anser inte att det i dag finns tillräcklig kunskap om effekterna av läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende för att utvidga målgruppen på det sätt som utredaren föreslår. Det finns ett stort behov av ytterligare forskning inom området och vi anser att det finns skäl att särskilt stimulera sådana studier så att kunskapsunderlaget förbättras och att målgruppen därmed på sikt kan vidgas.

Socialstyrelsen anser att utredarens uppfattning om möjligheten att påbörja läkemedelsassisterad behandling är missvisande. Det är redan idag fullt möjligt att förbereda och inleda sådan behandling inom kriminalvård för tvångsomhändertagna. Våra föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) ger en möjlighet att påbörja planering under lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), till exempel ordna bostad, vårdplanering (inklusive läkemedelsassisterad behandling). Efter planering kan patienten avsluta LVM-vården och påbörja läkemedelsbehandling. Läkemedelsassisterad behandling innebär en långvarig behandling som ska sättas in i ett behandlingssammanhang, med tydlig struktur och särskild kompetens. Det har hittills inte varit

något större problem för personer som har vårdats enligt LVM att gå över till läkemedelsassisterad behandling inom beroendevården efter avslutad tvångsvård.

Socialstyrelsen instämmer i utredarens argument att behandlingsutbudet för den som är tvångsvårdad inte bör vara mer begränsat än nödvändigt och utesluter inte möjligheten att våra föreskrifter kan behöva ses över så att läkemedelsassisterad behandling kan inledas under den tid den enskilde är föremål för tvång. Våra föreskrifter medger redan i dag att den ansvarige läkaren med det övergripande ansvaret för behandlingen, kan anlita hälso- och sjukvårdspersonal vid primärvården eller annan sjukvårdsinrättning.

5.6 Sprututbytesverksamhet

Socialstyrelsen tillstyrker i allt väsentligt utredarens förslag om sprututbytesverksamhet. Vi instämmer i utredarens analys om vikten av att denna verksamhet och tillgängligheten till den ökar vilket ligger i linje med myndighetens tidigare uttalanden i frågan. Vi anser bland annat att sprututbyte i första hand är en smittskyddsåtgärd och därför självständigt ska kunna behandlas inom landstingen. Ställningstagandet att sprutbytet bör erbjudas integrerat med andra åtgärder riktade mot missbruket kvarstår också.

6.1. Auktorisation och kvalitetsregister

Socialstyrelsen avvisar utredarens förslag på auktorisation av HVB. Vi ställer oss bakom bedömningen att institutionsvård (främst HVB) och öppenvård behöver utvecklas med avseende på kvaliteten. En översyn av föreskrifterna om HVB pågår på Socialstyrelsen och beräknas vara färdig nästa halvårsskifte. Inom ramen för detta arbete kommer vi att uppmärksamma eventuella behov av en reviderad lagstiftning som kan stärka tillståndsprövningen som i dag är knapphändigt reglerad. Vi menar att en tillståndsprövning som ställer krav på bl.a. ledningssystem, kvalitetssäkring, kompetens och inflytande för den enskilde är ett mera effektivt sätt att värna kvalitet och säkerhet än auktorisering av metoder.

6.2. Förstärkt forskning och kunskapsspridning

Socialstyrelsen ställer sig bakom utredarens förslag om inrättande av forskningsinstitut, forskarskolor och särskilda kompetenscentra, och vill understryka vikten av att forskning inom det samhällsvetenskapliga området och i synnerhet socialtjänstens område utvecklar en lika viktig roll som den inom det medicinska området och att integreringen av dessa discipliner behöver stärkas också inom forskningen.

7. Vård utan samtycke

Utredaren föreslår att Socialstyrelsen upprättar ett register över de personer som ges vård enligt LPT och att denna verksamhet följs under en treårsperiod. Vi vill framhålla att ett sådant register redan finns och att återkommande inventeringar genomförs, den senaste 2011. Möjligheterna att följa upp resultatet av denna vård i termer av effekter är dock begränsade.

7.2. Bättre behandlingsinnehåll, kortare tvångstider och en rättsäker vård

Socialstyrelsen instämmer i utredarens förslag att den målgrupp som blir föremål för tvångsåtgärder ska ha rätt till bästa möjliga vård. Vård av god kvalitet bör genomsyra sådan verksamhet, inte minst mot bakgrund av kraven på rättssäkerhet och med hänsyn till den i regel mycket svåra situation som målgruppen befinner sig i. Vi stödjer också förslaget om individuellt anpassade vårdtider i tvångsvård, men med en fastslagen maximitid samt möjlighet till smidigare och mer flexibel övergång från tvångsvård till frivillig vård.

7.3. 2. Lagstiftningen om vård utan samtycke bör integreras

Socialstyrelsen anser inte att utredningen har visat att det finns förutsättningar för den psykiatriska tvångsvården att utvidga målgruppen och ser en uppenbar risk att förutsättningarna för att långsiktigt planera öppenvårdsinsatser försämras.

Socialstyrelsen delar de principiella utgångspunkterna för förslaget men anser inte att förslaget är tillräckligt utrett för att kunna leda till lagstiftning. Att integrera vård av missbrukare utan samtycke i den psykiatriska tvångsvården förefaller på sikt som en rimlig utveckling om utredningens förslag att överföra behandlingsansvaret till landstingen genomförs. Samtidigt ställer tvångsvård särskilda krav på att det finns tillräckliga resurser och kompetens att ge en vård som motiverar den enskilde till fortsatt frivillig behandling. När det gäller missbruk och beroende är även kraven på en sammanhållen vårdkedja särskilt stora. I vår utvärdering av den psykiatriska tvångsvården 2009 konstaterades att beläggningen på de befintliga vårdplatserna var hög och att vårdtiderna var korta. Uppföljningen av den öppna psykiatriska tvångsvården som publicerades i juli 2011 visar på stora brister när det gäller vårdplanering tillsammans med andra berörda aktörer. Orsaken till detta är sannolikt de korta vårdtiderna som gör att den slutna psykiatriska vården inte hinner planera nödvändiga eftervårdsinsatser. Det finns därför skäl att först avvakta resultatet av en överföring av behandlingsansvaret till landstingen och sedan eventuellt som ett nästa steg integrera vård av missbrukare utan samtycke i LPT. Under denna tid kommer troligen även speciella satsningar på den psykiatriska tvångsvården att krävas

för att den ska kunna ta över ansvaret utan negativa effekter på redan existerande verksamhet. En nationell satsning för att stödja överföringen av behandlingsansvaret kan också innehålla insatser som syftar till att förbereda den psykiatriska tvångsvården för att på sikt omfatta även missbruk och beroende.

8.3 Vård istället för straff

Socialstyrelsen avstyrker författningsförslaget i 31 kap. 3 § Brottsbalken, där 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. Vi anser inte att den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen i dagsläget ska förändras så som utredaren föreslår, vilket beskrivits ovan.

9. Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringar

Socialstyrelsen har inga principiella invändningar mot förslagen, med undantag för förslaget att läkare vid sjukskrivningar som ska förlängas över 60 dagar, ska erbjuda patienten en bedömning av om det föreligger ett beroende av psykoaktiva substanser såvida det inte är uppenbart onödigt. Vi menar att målgruppen (som får förlängning av sjukskrivningen utöver de 60 dagarna) är en liten grupp i förhållande till dem med riskabel konsumtion. Sannolikt finns ett mycket bredare spektrum av sjukskrivningssituationer, där en bedömning borde aktualiseras. Utredaren har själv lyft fram den offensiva roll som primärvården kan spela när det gäller tidig upptäckt, rådgivning och intervention genom landstingsbaserade program. Vi menar att denna breda ansats troligen är mer framgångsrik för att nå enskilda med riskbruk.

Beslut i detta yttrande har fattats av generaldirektören Lars-Erik Holm. I den slutliga handläggningen har överdirektören Håkan Ceder, avdelningscheferna Petra Otterblad Olausson, Anders Printz, Per-Anders Sunesson och Anders Tegnell deltagit. Utredaren Ulf Malmström har varit föredragande och har även anfört en avvikande mening, se bilaga.

SOCIALSTYRELSEN

Lars-Erik Holm

Ulf Malmström

Bilaga

Avvikande mening ang. Socialstyrelsens yttrande över Missbruksutredningens slutbetänkande *Bättre insatser vid missbruk och beroende*, SOU 2011:35. Dnr 1.4-21701/2011

Jag vill anmäla avvikande mening mot Socialstyrelsens beslut om att tillstyrka utredarens förslag om att lägga behandlingsansvaret för den enskilde på landstingen. I det följande redovisar jag den uppfattning som en enig expertgrupp vid Socialstyrelsen kommit fram till i arbetet med remissvaret. Remissgruppen avvisar utredningens förslag om att lägga ansvaret för behandling på landstinget utifrån följande grunder:

1. Förslaget utgår från en förenklad sjukdomsmodell som inte tar hänsyn till komplexiteten i ett missbruks- eller beroendetillstånd och inte heller till de behov av tvärprofessionell kompetens som utgör grunden för allt arbete med personer med missbruks- och beroendeproblem.
2. Förslaget bortser från den positiva utveckling som sedan några år pågår inom missbruks- och beroendevården. Projektet Kunskap till praktik, som med finansiellt stöd från staten, drivs av Sveriges kommuner och landsting bidrar på ett avgörande sätt till fördjupad samverkan mellan kommuner och landsting.
3. Förslaget strider mot principen om helhetssyn och är ett åsidosättande av socialtjänstens yttersta ansvar för den enskilde.
4. Socialstyrelsen har i sitt ställningstagande inte beaktat de juridiska svårigheter som är förknippade med att föra över socialtjänstens behandlingsansvar till landstingen, utan att en översyn av socialtjänstlagen i sin helhet har gjorts.
5. Förslaget riskerar att utarma det sociala arbetet med personer som har missbruks- och beroendeproblematik. Socialtjänsten har under lång tid utvecklat en unik kompetens i psykosociala metoder och arbetssätt. Tillämpningen av dessa förutsätter att de kan användas i nära anslutning till andra insatser som rådgivning, psykosocialt stöd (bl.a. insatser för att stödja den enskilde i boende och arbete) och motivation. Dessa delvis olikartade uppgifter och insatser utgör varandras förutsättning och måste i många fall ske parallellt.

6. Förslaget reducerar antalet ”ingångar” till vård och behandling där kvalificerade kompetenser och resurser är tillgängliga. Personer som befinner sig i riskzonen eller har utvecklat olika grader av missbruks- och beroendeproblem utgör en heterogen grupp och representerar mycket olikartade behov. För att möta dessa behov krävs ett brett vårdutbud med hög tillgänglighet för den enskilde. Förslaget begränsar den enskildes valfrihet.
7. Förslaget leder med stor sannolikhet till nya definitions- och avgränsningsproblem till förfång för den enskilde. Det kan till exempel illustreras med frågan om vilka som ska bli föremål för behandling respektive sociala stödinsatser. Det finns en uppenbar risk finns att de mest utsatta inte prioriteras och därmed går miste om behandlingsresurser. Istället hänvisas de, oavsett om de är motiverade eller inte, till socialtjänsten.
8. Socialstyrelsens argument att den enskilde i allt för liten utsträckning får tillgång till evidensbaserade medicinska metoder, t.ex. läkemedelsbaserad behandling är förvisso ett problem, men kan ingalunda förklaras vara en följd av den nuvarande ansvarsfördelningen.
9. Förslaget riskerar att underminera forskning och kvalificerat utvecklingsarbete som har socialtjänsten i fokus (se Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, SOU 2008:18) och i huvudsak bli en angelägenhet för den medicinska professionen.

Stockholm 21 oktober 2011

Ulf Malmström
föredragande tjänsteman i rubricerat ärende