

2011-10-14

**Handläggare: Kjell Broström
Åke Nilsson****Regeringen
Socialdepartementet
103 33 Stockholm****Remissyttrande över Missbruksutredningens betänkande
”Bättre insatser vid missbruk och beroende” (SOU 2011:35)**

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har med remiss 2011-05-27 (S2011/4504/FST) inbjudits att ge synpunkter på ovan nämnda betänkande. Vi vill med anledning av detta anföra följande.

Gemensam process

Riksförbundet Attention, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende, RFHL Riksförbundet för Social och mental hälsa, RSMH samt Ångestsyndromsällskapet, ÅSS ingår i NSPH, Nationell samverkan för psykisk hälsa, ett nätverk av patient-, brukar- och anhängigorganisationer inom det psykiatriska området. Dessa organisationer har samarbetat kring remissbehandlingen av betänkandet men lämnar separata remissyttranden.

Organisationerna har många gemensamma nämnare och är därför eniga i flertalet frågor som väckts i utredningen. Organisationernas företrädare olika intressegrupper och arbetar med olika bevakningsområden men dessa grupper och områden överlappar varandra. Samma eller likartade formuleringar kan därför förekomma i organisationernas remissyttranden.

Inledande synpunkter

Inledningsvis beklagar vi att patient-, brukar- och anhängigorganisationerna och med sina kunskaper och erfarenheter inte fått en mer framskjuten plats i utredningen. Vikten av deras engagemang och medverkan i kompetens- och kvalitetsutveckling, utbildning, utvärdering och forskning, upprättande av fungerande samverkansavtal och som medskapare och utförare av rådgivning och rehabilitering borde ha slagits fast och genomsyrat utredningen. Vid uppbyggnad av olika kunskapscenter borde det exempelvis vara självklart att berörda intresseorganisationer finns med i en styrande position. Det är svårt att låta bli att jämföra med slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning där vikten av patient-, brukar och anhängiginflytande verkligen lyftes fram.

En viktig förutsättning för att möjliggöra patient-, brukar- och anhängigorganisationernas medverkan i utvecklingsarbetet är att de tillförs ekonomiska resurser för att kunna vara repre-

senterade på alla nivåer och genom hela förändringsprocessen. Intresseorganisationerna behöver också tillföras mer vetenskaplig kompetens för att kunna svara upp mot samhällets krav på att medverka i utvecklandet av evidensbaserad vård. Evidens ska bygga på forskningsresultat, professionens kunskap och erfarenhet samt patienter, brukare och anhörigas kunskap och erfarenhet. Men metoder saknas idag nästan helt för att inhämta brukarkunskapen. Exempelvis genom att inrätta en högskola för att utveckla patienter, brukare och anhörigas kompetens skulle kunskapsutvecklingen inom psykiatri-beroende-missbruksområdet kunna få en skjuts framåt.

Utredningen tycks också ha glömt bort genusperspektivet. Det borde ha funnits med som en särskild dimension i alla insatser vid missbruk och beroende. Vi saknar exempelvis insikten om att män och kvinnor har olika vårdbehov och att missbruket ofta är mer stigmatiserande för kvinnor. Vården och forskningen är i stora drag könsneutral, vilket gör det svårt att se vad som är specifikt för manligt och kvinnligt missbruk. Utan ett genusperspektiv är risken stor att vården inte ser kvinnors specifika förutsättningar som är kopplade till deras position i samhället.

Tematiska synpunkter på betänkandet och dess förslag

a.) Tidig upptäckt och kort intervention

RSMH instämmer i utredarens beskrivning att tidig upptäckt och kort intervention behöver prioriteras för att förhindra att fler människor utvecklar missbruk. Därför instämmer vi i samtliga förslag som presenteras i utredningen, med följande reservationer.

Myndigheternas respekt för integriteten hos den enskilde individen måste säkerställas. Det finns en risk att nitiska tjänstemän börjar ställa motkrav på individen för att denne ska kunna komma i åtnjutande av samhällets stöd och hjälp. Den enskilde individen riskerar att bli stämplad som missbrukare i de fall man av integritetsskäl inte vill delta i exempelvis "topping". Det bör därför vara tydligt reglerat att screening är till för att medvetandegöra individen själv om risken för riskbruk eller missbruk. Tidig upptäckt och kort intervention är inte till för myndigheterna, och detta kan inte nog understrykas. Visserligen tjänar myndigheterna stora resurser på att hjälpa människor tidigt i deras "missbrukskarriär", men detta är inte överordnat samhällsmedborgarens behov av integritet.

Redan idag är alkohol, droger, läkemedel och dopningsmedel ofta inköpta illegalt, vilket gör frågan extra känslig. Menar vi allvar med att alla typer av missbrukare ska kunna få hjälp, måste även stödet och insatserna fokusera på missbrukarens vilja till förändring, inte myndigheternas behov av att stävja missbruk eller misstänkliggöra missbrukaren. Vi ser annars en risk med att människor i behov av vård kommer att söka vård mycket sent, och i förlängningen riskera hamna djupare i missbruket eller t o m avlida.

Vi tror, liksom utredaren, att upptäckt och kort intervention är extra viktig bland mödrar, barn och andra utpekade grupper.

b.) Tydligare ansvar för effektivare vård

| POSTADRESS | TELEFON | HEMSIDA | PLUSGIRO | ORG.NR | E-POST |
|--|---------------|--|------------|-------------|--|
| Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten | 08-120 080 40 | www.rsmh.se | 40 62 92-3 | 802005-6985 | rsmh@rsmh.se |

Att läkemedel och dopingmedel inkluderas är mycket bra. Däremot ser vi det som en stor brist att spelmissbruk inte tagits med.

Utredningen beräknar att det finns ett läkemedelsberoende som omfattar 65 000 personer, men med de definitioner man valt faller nästan alla med lågdosberoende utanför. De som drabbas av svåra biverkningar vid försök till nedtrappning/utsättning av läkemedel är överhuvudtaget inte med. Vi menar att läkemedelsberoende är ett stort – och ofta undanskymt – folkhälsoproblem som blir allt större i takt med att förskrivningen av beroendeskapande läkemedel ökar. Gruppen som behöver någon form av stöd, information eller rådgivning är alltså långt större än utredningens beräkningar.

Utredningen föreslår ett nationellt kunskapscenter för läkemedelsberoende och att det ska inrättas specialiserade enheter i varje landsting. Ett stort problem är att landstingen idag saknar kunskap om hur man ger stöd och hjälp till personer med läkemedelsberoende.

Sjukvården har haft mycket svårt att erkänna att det finns beroendeproblem även vid vanliga terapeutiska doser och erbjuda människor som upplever att de har sådana problem någon hjälp. Det har att göra med att sjukvården varit delaktig i att skapa sådana beroendeproblem.

Här borde utredningen ha hämtat hjälp från patient- brukar och anhörigrörelsen (i första hand RFHL) som sedan 70-talet byggt upp information, rådgivning och stöd till personer med läkemedelsberoende. Sådana verksamheter har sedan 80-talet varit alltmer efterfrågade av brukare som inte upplevt att man lyssnat på dem i vården. Sedan senare delen av 90-talet har flera sådana verksamheter tvingats upphöra på grund av att de förlorat sin finansiering.

Utredningen borde ha förslagit att ekonomiska resurser ska styras till patient-, brukar- och anhörigorganisationer som arbetar med information och stöd till läkemedelsberoende. Brukarorganisationerna behöver också resurser till dokumentation, utvärdering och forskning om effekterna av sådan verksamhet. Vid uppbygganden av ett nationellt kunskapscenter för läkemedelsberoende är intresseorganisationernas erfarenhet och kunskap oundgänglig.

Beträffande tillnyktring och abstinensvård är frågan om huvudmannaskap enkel då det i första hand rör sig om medicinsk vård. Vi tillstyrker därför utredningens förslag att landstingen ska ansvara för sådan vård.

Rörande förslaget om sekretessbrytande bestämmelse så ser vi en risk med att öppna upp alltför mycket mellan landsting och kommuner. Personer med ett pågående missbruk kan vara obenäga att söka vård om kommunal verksamhet och socialtjänst med automatik kopplas in.

Framgång i missbruks- och beroendevård är i hög grad beroende av den enskildes motivation och därför är individens integritet viktig att behålla intakt. Samtidigt är det mer regel än undantag att partner och barn till en missbrukare också behöver stöd och hjälp, samtidigt som skammen är stor att söka sådan. Frågeställningen visar på den svåra balansgång som kommuner och landsting måste gå för att lyckas.

Sekretessbrytande bestämmelser måste därför följa vårdens strikta krav på att endast behandlande läkare, sjuksköterska m.fl. har tillgång till journalerna och att obehörig ”slagning” på

personer kan bestraffas. Vi känner viss tvekan inför förslaget eftersom det finns stor risk för integritetskränkningar.

Huvudmannaskapet

Ett av de mer kontroversiella förslagen i utredningen är att fördela ansvaret för missbruks- och beroendevården annorlunda än idag. RSMH delar utredningens intention att ansvaret bör vara tydligt avgränsat mellan kommun, landsting och andra aktörer för att den enskilda individen ska kunna få bra hjälp.

Vi instämmer i stort med utredningen i att landstinget bör ansvara för vård, och kommunerna för stödjande insatser, boende, försörjning mm. Den nuvarande ansvarsfördelningen har fungerat dåligt då exempelvis endast 5 % (utredningens egen uppskattning) av samtliga alkoholmissbrukare får vård, och då i ett väldigt sent skede i missbruket. Eftersom missbrukaren ofta vänder sig till socialtjänsten först när man förlorat sin försörjning och kanske riskerar att vråkas, är det väldigt svårt för missbrukaren att få hjälp med sitt missbruk.

Enligt utredaren fungerar samverkan dåligt mellan vissa kommuner och landsting, vilket innebär att kommunal missbruksvård bygger på 12-stepsprogram eller annan behandling utan medicinskt stöd, och landstingsvård endast på medicinsk behandling utan det psykosociala stödet. Vi menar att en kombination av medicinsk, psykologisk, psykosocial behandling måste erbjudas för att insatserna ska bli framgångsrika. Pedagogiskt orienterade stöd och behandlingsinsatser, motivations- och jag-stärkande behandling samt olika former av psykoterapi bör också finnas. Vi tror att beroende- och missbruksvården ska låta missbrukaren själv avgöra vilken form som fungerar bäst, efter att den första svåra avgiftningsfasen är över. Genom att visa tillit till missbrukaren, och tillhandahålla en palett av olika sorters behandling, tror vi att motivationen hos individen kan bibehållas under hela behandlingstiden.

Riksförbundet Attention har lyft fram två grupper med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som idag saknar tillgång till bra missbruksvård.

Personer utan diagnos – som tidigare beskrivits har kunskapen kring neuropsykiatriska funktionsnedsättningar varit eftersatt både i skola, vård och arbetsliv. Detta innebär att väldigt många har någon form av funktionsnedsättning utan att veta om det, exempelvis har ungefär 3-5 % av hela Sveriges befolkning ADHD i vuxen ålder. Bland våra medlemmar hittar vi personer som varit omhändertagna enligt både LVU och LVM utan att professionen insett att det handlar om ett funktionshinder. Först i kontakter med psykiatrin har personen blivit utredd och fått stöd, hjälp och mediciner att hantera sin funktionsnedsättning. Det är inte ovanligt att personerna missbrukat för att ”hantera” sitt funktionshinder innan rätt diagnos ställs.

Personer som medicinerar – I utredningen framkommer att det händer att personer som medicinerar för ADHD tvingas avsluta med medicineringen för att annan missbruksvård ska inledas. ADHD-medicinering i många fall är en förutsättning för att övrig behandling ska fungera, men uppfattningen att personen ska vara ”drogfri” är ändå förhärskande på vissa håll.

Andra exempel där det finns stora brister är personer med psykotisk problematik, personlighetsstörning eller svåra ångestillstånd som går hos psykiatrin utan att få någon hjälp med sitt - mer eller mindre - dolda missbruk.

Först när beroende/missbruksproblemen tar överhanden och börjar dominera uppmärksammas dessa problem. Patienterna är då inte längre välkommen till den psykiatriska vården där man inte får vara drogpåverkad eller så remitteras man över till beroendevården eller kommunens missbruksvård. Men om man är välkommen där så erbjuds man sällan någon hjälp med de psykiska problemen. Detta är exempel på att en tydligare ansvarsfördelning mellan landsting och kommun behövs men också att olika vårdbehov måste kunna tillgodoses samtidigt i en gemensam eller sömlös organisation.

Vi tror inte att alla problem med missbruks- och beroendevården kommer att lösas med de föreslagna ändringarna. Även om psykiatrin fungerar bra på många håll finns det fortfarande stora olikheter över landet, precis som det finns stora skillnader mellan kommuner. Och som tidigare nämnts fungerar samverkan dåligt idag.

Utredaren har visat att de tidigare satsningar som gjorts för att förbättra och underlätta för samverkan mellan kommun och landsting endast undantagsvis har inneburit några stora förbättringar. Vi bifaller därför förslaget att det bör införas förstärkta krav på samverkan, men menar att detta ska vara tvingande, dvs. kommuner och landsting *ska* samverka. Man ska inte hänvisa till det kommunala självbestämmandet och säga att man inte lyckats nå en överenskommelse.

Vi ser en risk för att de organisatoriska förändringar som förslås kommer att ta lång tid att genomföra och att ansvaret under denna tid kommer att vara otydligt. Vi ser också en risk med att kommunerna, i enlighet med förslaget, avvecklar verksamhet som landstinget ska ansvara för innan de har byggts upp och börjat fungera. I samband med psykiatrireformen försvann exempelvis psykologer som arbetat inom kommunerna men utan att motsvarande verksamhet byggdes upp inom hälso- och sjukvården.

Särskilda övergångsregler och ekonomisk förstärkning behövs under en övergångstid när kostnaderna kommer att öka. Men dessa medel måste vara villkorade så att en huvudman inte kan lägga mer fungerande verksamhet innan en annan huvudman har byggt upp den och fått den att fungera.

Tydligare definition av ordet "behandling"

Vi instämmer i utredarens förslag om ett fortsatt delat ansvar för missbruks- och beroendevården, men med vissa invändningar som redovisas nedan.

RSMH anser att ordet behandling i utredningen olyckligtvis bildar en skiljelinje mellan kommun och landsting. Eftersom vissa yrkesgrupper, som idag är verksamma inom kommunen, kallar sin verksamhet för "behandling" innebär detta att dessa inte längre får praktisera i kommunens regi. Men, de kommer inte heller automatiskt att flyttas till landstingens verksamhet. Vi menar därför att gränsdragningen kring "behandling" är olycklig. Exempelvis tror

vi att visst psykosocialt stöd kan utföras även av ”behandlande” yrkesgrupper, exempelvis psykologer. Vi tror att gränsdragningen snarare bör ligga mellan vilken typ av stöd som ges.

Inom landstinget ska behandlingen vara främst vårdstödande, inom kommunen främst med fokus på boende, omgivande familj och försörjning. Vi efterlyser ett förtydligande i detta avseende.

Vi instämmer i att vård, medicinsk behandling, tillnyktringsverksamhet, abstinensvård och annan liknande behandling ska ligga på landstinget. Likaså instämmer vi i utredarens förslag att kommunen ska ansvara för psykosocialt stöd samt stöd till boende, sysselsättning och försörjning. Eftersom kommunen, enligt Socialtjänstlagen, har ett absolut ansvar för alla kommunens invånare är denna uppdelning rimlig.

Genom denna ansvarsförskjutning hoppas vi att många fler människor kan få adekvat missbruksvård, men vi ser också en risk för vissa individer. RSMH anser att det finns en grupp missbrukare idag som varken får missbruksvård eller annan vård. Trots fysisk och psykisk ohälsa vägras de vård i landstinget och Hälso- och sjukvårdslagen medger ingen rätt till överklagande eller ”second opinion”. Denna grupp har det inte lätt med dagens ansvarsfördelning heller, men genom kommunernas absoluta skyldighet att tillhandahålla exempelvis boende och försörjning så kan man åtminstone få tak över huvudet. Eftersom kommunerna med den föreslagna ansvarsförskjutningen inte längre kan finansiera ”behandling” riskerar kommunen sakna verktyg för de grupper som är mest illa därän.

Fullföljs utredarens förslag att förskjuta vårdansvaret till landstingen, menar vi att individens rättigheter att erhålla vård måste förstärkas så att ingen kan ”straffa ut sig” och varken få vård inom landsting eller kommun. Den vårdgaranti som utredaren föreslår är ett steg på vägen, men RSMH menar att det måste finnas även andra möjligheter för den enskilde att få vård, exempelvis genom ett fritt vårdval.

Vi ser en risk för att behandling för missbruk och beroende blir en helt medicinsk fråga om ansvaret enbart kommer att ligga på landstingen. Idag finns ett flertal psykosociala behandlingsformer som förmedlas genom kommunerna och som fram för allt riktar sig till de som inte har en socialt etablerad situation och som lever under hög utsatthet. Behandlingsformer där arbete eller sysselsättning, boende och social återhämtning är en viktig och integrerad del i behandlingen. Det behöver förtydligas hur arbetsfördelningen ska se ut på detta område.

Var går gränsen mellan stöd och behandling? Idag är denna gräns otydlig och vi ser en risk för att sådana bra verksamheter kommer att läggas ner eftersom kommunerna inte längre har resurser att finansiera den och landstingen prioriterar den medicinskt inriktade behandlingen. Vi ser en risk för att landstingen erbjuder läkemedelsbehandling medan övriga behandlingsbehov kommer att definieras som psykosocialt stöd. Viktiga frågor att diskutera är exempelvis vem som äger tolkningsföreträdet. Är det kommunen eller landstinget? Eller är det patienten/klienten/brukaren?

Att det endast är beslut enligt Socialtjänstlagen som går att överklaga utgör ett incitament för att det även i fortsättningen kommer att ha ansvar för mycket av det som idag definieras som behandling men enligt utredningen ska omdefinieras till psykosocialt stöd.

I all vård och behandling måste anhöriga, föräldrar, partners och barn ges stor uppmärksamhet och psykologiskt stöd. Genom undersökningar från bl a Maria Ungdom kan man se att ärfthigheten för missbruk är mycket stor. Oavsett om detta beror på biologiska eller psykologiska orsaker, eller en mix av dessa, måste samhället ge dessa anhöriga stöd och hjälp för att minimera trauman och framtida psykisk och fysisk ohälsa.

Läkemedelsfria behandlingsformer är ovanliga inom hälso- och sjukvården. Vi ser därför en risk för att behandling av beroende/missbruk kommer att förutsätta läkemedel. RSMH anser att det bör finnas läkemedelsfria alternativ och att man bör vara restriktiv med läkemedelsanvändning vid vården av personer med beroende/missbruk.

Ett beroende kan ersättas av ett annat beroende. För den som hamnat i beroende/ missbruk finns en överhängande risk för att man fastnar i ett nytt missbruk.

Många människor har en livshållning som gör att de är skeptiska till läkemedel och de undviker i det längsta att använda dessa. Även om det finns god evidens för en viss läkemedelsbaserad behandling så kan den enskilde vilja utesluta just läkemedelsbehandling. Psykiatri och beroendevården har idag svårt att hantera sådana önskemål men måste i framtiden lära sig att kunna acceptera patienter med sådana preferenser och erbjuda alternativa behandlingsupplägg.

Det är också vanligt att personer med beroende/missbruk har bristande tillit till vården. Personer med läkemedelsberoende som inte sällan påbörjat sitt beroende genom förskrivning av läkemedel från hälso- och sjukvården. De är särskilt utsatta. Deras tillit till vården är allvarligt skadad och de kan uppleva det som en tröstlös evighetscirkel att ersätta ett läkemedel med ett annat. Här finns stora utmaningar för hälso- och sjukvården och det är nödvändigt att erbjuda ett smörgåsbord av olika insatser för vård, stöd och rehabilitering.

Utredningen föreslår att kommunen ska ha skyldighet att ha det övergripande ansvaret för att upprätta individuella planer. Man presenterar förslag till ändringar i socialtjänstlagen. I SoL 5 kap. paragraf 9 står att "Nämnden ska i samförstånd med den enskilde planera stödet och vården och noga bevaka att den fullföljs". Det krävs ett förtydligande av vad man menar med att nämnden ska planera och följa upp "vården" som landstinget har ansvar för. Vi förstår vikten av att slå fast vem som har det övergripande ansvaret för den individuella planen men tycker man bör överväga ett alternativ att det är den huvudman där individen som den enskilde sökt hjälp hos och har mest kontakt med som ska ta ansvar för att gemensam planering kommer till stånd och att en individuell plan upprättas.

Utredningens förslag är också otydligt när det gäller kommunens yttersta ansvar. Ska kommunen exempelvis ta ansvar för personer som inte får plats i landstingsvården eller står i kö för substitutionsbehandling och på vilket sätt ska de ta detta ansvar.

Utredningen menar att man genom att samla allt behandlingsansvar hos landstingen skapar förutsättningar för en jämlik vård oberoende av social situation. Vi ser dock en risk för att vården, som ska vara evidensbaserad, generaliseras istället för att individualiseras efter den enskilds behov och önskemål. Detta kommer fram för allt att drabba personer med bristande

resurser och personer som är socialt utslagna. Det som riskerar att gå förlorat med de föreslagna förändringarna är det som är ett kännetecken för socialtjänstens verksamhet. Helhetssynen på individens situation och att insatserna anpassas till individens behov och önskemål.

c.) *Stärkt ställning för individen*

Eftersom många som utvecklat missbruk har en långvarig historia av dåligt bemötande i samhället, både av enskilda individer och av myndighetspersoner, är tilliten låg. Det är inte heller ovanligt att uppväxten varit kantad av missbrukande föräldrar och kränkande behandling av partners eller släktingar. Behovet av ett gott bemötande och stor respekt för individens integritet och medbestämmande är därför extra stort.

Vi välkomnar därför utredningens förslag till förstärkt vårdgaranti. Dock menar vi att 30 dagar är en alltför lång tid för den missbrukare som söker vård eller stöd. Vi föreslår att en missbrukare som är redo för vård och stöd genast ska få erbjudandet att påbörja abstinensbehandling eller få annat stöd. Under tiden abstinensbehandlig eller ”provisorisk” psykosocialt stöd pågår kan kommun och landsting gemensamt planera för den fortsatta behandlingen som kan påbörjas inom 30 dagar.

För den missbrukare som inte är i behov av avancerad abstinensvård bör andra stödjande åtgärder erbjudas. Motivation är en färskvara och vi anser det angeläget att den individ som vill ha hjälp ska få det genast. Eftersom en aktiv missbrukare ofta är väldigt kostsam för samhället, i form av stölder, prostitution och annan sjuklighet har vi allt att vinna på att missbrukaren får vård direkt. Abstinensvård behövs oftast innan missbrukaren kan tillgodogöra sig annan beroende- och missbruksvård och därför är denna planeringstid inte bortkastad.

HSL är ingen rättighetslagstiftning. Det finns därför en risk att landstinget inte medger missbrukaren vård överhuvudtaget. Det händer dessutom alltför ofta att det är samma vårdgivare som nekat vård i hemlandstinget som också ska bevilja kostnader för vård i ett annat landsting. Vi menar därför att missbrukarens rättigheter måste stärkas på andra sätt, t ex genom att möjlighet ges till *second opinion* eller liknande.

Precis som utredaren påpekar är det viktigt att den enskilde får ett bra bemötande av socialtjänst och hälso- och sjukvården. Vi ställer oss positiva till att detta föreslås regleras i lag - det är en viktig markering - men menar ändå att ett bra bemötande är svårt att kräva. En lagreglering av bra bemötande borde enligt vår mening kunna omfatta även andra än personer med beroende/missbruk.

Förbättrad kunskap och kompetens och bearbetning av egna attityder är ett annat sätt att öka förståelsen för den enskilda, vilket bidrar till ett bättre bemötande. Här bör även brukarorganisationer med sin erfarenhet och kunskap om hur missbrukaren har det spela en ovärderlig roll. Utredarens förslag om att organisationerna ska kunna aktivt medverka till innehållet i samarbetsavtalen är bra, men som vi påpekade inledningsvis, är det inte ett tillräckligt långtgående förslag.

Vi stödjer också utredningens övriga förslag om att Personligt ombud görs tillgängliga även för denna grupp liksom förslaget om Socialstyrelsens möjlighet till föreläggande.

d.) Vårdens innehåll, boende och sysselsättning

Vi anser att insatser vid psykologiskt beroende (t.ex. spelberoende) bör tas med i förslaget.

Utredningen har ett alltför ensidigt medicinskt perspektiv på beroende och missbruk. Vi saknas det psykologiska och sociala perspektivet. Behovet av- och tillgången till psykologisk behandling/psykoterapi vid beroende/missbruk borde ha belysts av utredningen. De experter/forskare som man engagerat tycks ha förbisett att det finns forskningsstöd för en bredare behandlingsinriktning. Att utredningen i så stor utsträckning fokuserar på medicinska insatser innebär en risk för att man förlorar den upparbetade psykoterapeutiska kompetens som idag finns på enheter runt om i landet. En konsekvens av detta är att en utsatt patient-/klientgrupp fråntas rätten att välja vilken inriktning man vill ha på sin egen behandling.

e.) Bättre kvalitet, kunskap och kompetens

Patient-, brukar- och anhörigmedverkan borde tydligt ha skrivits in och fått genomsyra detta avsnitt i utredningen. Intresseorganisationerna måste ges särskilda resurser att kunna delta i kunskaps- och kvalitetsutvecklingen på samma villkor som forskarvärlden och professionen.

f.) Vård utan samtycke

Utredningen föreslår att tvångsvård av missbrukare ska ske endast i undantagsfall och endast då insatsen ingår som en länk i en sammanhängande vårdkedja. Vi instämmer i utredningens intention. Den enskildes motivation för att sluta missbruka är en grundförutsättning för att insatserna ska fungera i långa loppet. Insatserna måste också ses i sitt sammanhang, om inte bostadssituationen och möjlighet till försörjning är lösta kommer den enskilde troligen inte att lyckas. Vi menar, precis som utredaren att förekomsten av andra psykiska sjukdomar förstärker behovet av vård.

Idag nekas personer psykiatrisk vård med hänvisning till att de missbrukar, precis som personer med psykiatrisk sjukdom nekas behandling för att man inte är ”nykter”. Man måste ha ett helhetsperspektiv på en person med beroende/missbruk/psykiska problem och få tillstånd flera åtgärder samtidigt för att insatserna ska lyckas.

Vi delar däremot inte utredarens åsikt att tvångsvård kan ändras till vård utan samtycke. Detta då benämningen tvångsvård är en inarbetad term, som dessutom tydliggör att individen utsetts för samhällets tvångsåtgärder vid bristande följsamhet.

Vad gäller den nuvarande tvångslagen LVM så instämmer vi i utredarens förslag om att se vården som ett led i en vård- och stödprocess. Vi delar också utredarens syn på att många missbrukare har en pågående psykisk problematik som måste behandlas parallellt med missbruksvården.

Däremot ser vi problem med att låta LVM gå in under LPT utan att denna lag skrivs om helt. Vi ser allvarliga problem med att kombinera LVM:s tidsgränser med LPT:s vittgående tvångsåtgärder. Resultatet riskerar att bli långa behandlingar med omfattande tvång i de fall där kompetens saknas hos vårdgivarna.

Vi anser att lagarna istället bör skrivas om så att behandling av missbrukare inom missbruks- och beroendevården sker i landstingets regi och att psykiatrisk behandling kan ske parallellt. Likaså menar vi att LPT bör öppnas upp för att behandling av exempelvis psykos kan ske samtidigt som abstinensbehandling sätts in. Det kräver en ordentlig kompetensförstärkning inom både psykiatri och missbruks- och beroendevården.

Vi stödjer alltså inte förslaget om förändringar av LPT som det beskrivs i utredningen.

LPT kan fortsätta tillämpas för att bedriva tvångsvård av en person med missbruk som samtidigt har en allvarlig psykisk störning. För att kunna tvångsvårda personer med renodlat missbruk längre än under akuta abstinens- eller förvirringstillstånd krävs emellertid en särskild tvångslag för vård av missbrukare.

Förslaget att utvidga LPT så att det omfattar även missbrukare uppfyller inte de krav som måste ställas på etik och rättsäkerhet och lever inte upp till principiella formkrav i internationella konventioner som Sverige tillträtt.

Förslaget om ett särskilt register för vård enligt LPT bör ändå skapas, men utan att personerna kan identifieras. Vi delar utredningens förslag att forskning bör bedrivas och att vårdens kvalitet bör utvecklas.

g.) *Polisens och kriminalvårdens roll*

Vi tillstyrker att Kriminalvården får fortsatt ansvar för det återfallspreventiva arbetet. Vi ser mycket positivt på att Kriminalvården nu sprider ADHD-projektets kunskap till ytterligare 10 anstalter. Genom att göra personer med NPF medvetna om sitt funktionshinder ökar chanserna till ett icke-kriminellt liv. Redan nu har vi kommit i kontakt med människor som tack vare medicinering och terapi kan lämna den kriminella banan och återetablera sig i samhället.

Vi tillstyrker även förslaget att hem för vård eller boende (HVB) ska auktoriseras för att säkerställa kvaliteten på behandlingar. Vi menar också att personer med missbruksproblem som begått brott ska kunna få vård istället för straff, allt för att hindra en fortsatt kriminell bana.

Vid auktorisering av HVB-hem bör intresseorganisationerna medverka och t.ex. genomföra kontinuerliga brukarrevisioner.

h.) *Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken, Socialförsäkringen*

Vi instämmer med utredarens förslag om att arbetsgivaren ska få hjälp i sitt förebyggande arbete. Som vi tidigare nämnt är det dock ytterligt viktigt att förebyggande arbete inte får ses som obligatoriska ”toppsningar” eller urinprov utan som ett frivilligt arbete.

I övrigt delar vi utredningens förslag i denna del.

Vi ser mycket positivt på att sjukförsäkringen ska säkerställa försörjningen för personer med missbruk. Vi tror att detta minskar risken att arbetsgivaren försöker göra sig av med den anställda pga. höga kostnader, samtidigt som det blir mer accepterat att missbruk är en sjukdom.

Vi instämmer också i att personer med beroendediagnos ska kunna ha rätt till särskild rehabiliteringspenning när de deltar i behandling mot sitt beroende.

Screening genom företagshälsovården kan vara bra eller dåligt. Bra om arbetsgivaren är snäll och dåligt om arbetsgivaren vill använda den för att gallra bort anställda som har problem med beroende/missbruk.

Det är oklart vad som avses med att kommunen ska bistå arbetsgivare med information och råd.

Erbjudandet om bedömning av beroende/missbruk efter 60 dagars sjukskrivning bör kunna avböjas.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Jimmie Trevett
Förbundsordförande

Bo Ardström
Kanslichef

Kopia
NSPH
Handikappförbunden
Socialstyrelsen
Riksdagens socialutskott
Riksdagens socialförsäkringsutskott
Sveriges kommuner och landsting, SKL