

Sammanfattning

Utredningens uppdrag

Med målsättningen att skapa en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård som utgår från den enskildes behov ska utredningen se över bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lämna förslag till förändringar. I uppdraget ingår att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården kan tydliggöras samt överväga behovet av förändringar av ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen. Utredningen ska även se över hur ansvaret för tillnyktringsverksamhet enligt lagen (1976:516) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB) bör organiseras.

Tyngdpunkten i uppdraget är att:

- Förbättra individens tillgänglighet till rätt insats vid rätt tidpunkt.
- Tydliggöra kommunens och landstingets ansvar för centrala länkar i vård- och stödprocessen, till exempel tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, behandling och stöd.
- Tydliggöra huvudmännens ansvar för olika målgrupper, till exempel personer med riskabel konsumtion och personer med samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom.
- Överväga förändringar av den nuvarande ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen.
- Belysa hur samverkan mellan de två huvudmännen å ena sidan och staten genom Kriminalvården och Statens institutions-

styrelse å den andra sidan kan utvecklas för att klienterna ska kunna erbjudas en adekvat behandling.

- Föreslå hur insatser som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet kan spridas till hela landet.
- Utveckla samspelet mellan insatser med respektive utan samtycke i en sammanhållen vård- och stödprocess.
- Analysera ansvaret för att planera och samordna vården samt följa upp insatsernas effekter och effektivitet.

Utredningen ska överlämna sina förslag till regeringen senast den 15 april 2011.

Arbetsprocessen

Utredningens arbetsprocess från analys till slutliga förslag har organiserats och bedrivits i ett antal steg.

1. Kartläggningar av nuvarande förhållanden i Sverige
2. Internationell översikt
3. Diskussionspromemorian *Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården* med alternativa lösningsförslag, publicerades i januari 2010
4. Analys av 75 remissvar på diskussionspromemorian
5. Delbetänkandet *Missbruket, Kunskapen, Vården* (SOU 2011:6) med vetenskapliga underlag för utredningens förslag, publicerades i januari 2011
6. Detta slutbetänkande *Bättre insatser vid missbruk eller beroende. Individen, kunskapen och ansvaret* (SOU 2011:35) med utredningens förslag och analys, publiceras i april 2011 (2 volymer)

Utredningens analys och förslag till framtida missbruks- och beroendevård i föreliggande slutbetänkande är en produkt av den ovan beskrivna arbetsprocessen.

Utredarens avsiktsförklaring

Utredningens förslag ska syfta till att stärka individens ställning och förbättra tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser för personer med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel, samt för personer som har en riskabel konsumtion. Det är vidare utredningens utgångspunkt att missbruks- och beroendevården ska vara frivillig, i den mening att enskilda ska erbjudas vård, behandling och stöd som de kan samtycka till eller avböja. Vård utan samtycke ska i vissa undantagsfall kunna ingå som en avgränsad del i en sammanhängande vård- och stödprocess.

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 som bedöms uppfylla kriterierna för alkoholberoende har cirka 25 000 också en betydande social problematik, till exempel i form av 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 arbetsförmåga. 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 att olika 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 ojämlik

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 kunskapsspridning 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 beroendetilstånd, bland annat vid beroende av alkohol och opiater. Den utbredda förekomsten av samsjuklighet mellan missbruk 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. I synnerhet 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.

Åtta reformområden

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

- Tidig upptäckt och kort intervention. Genom att tidigt identifiera och intervensera mot riskbruk kan utvecklingen av missbruk och beroende förhindras.
- 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.
- 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.
- Bättre kvalitet, kunskap och kompetens. Genom utvecklade system för kvalitetssäkring, forskning och kunskapspridning samt kompetensutveckling läggs grunden för en mer kunskapsbaserad vård.
- Vård utan samtycke. Genom att förbättra behandlingsinnehållet, vårdens form och kopplingen till efterföljande frivillig vård skapas förutsättningar för en mer effektiv och rättssäker tvångsvård.
- 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.
- 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.

Sjuttio förslag

Utredningens lägger ett 70-tal förslag. De förslag som direkt berör missbruks- och beroendevården syftar bland annat till att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar, stärka individens ställning, utveckla vårdens innehåll, förbättra kvaliteten, kunskapen och kompetensen samt utveckla vården utan samtycke.

Vidare lägger utredningen förslag som rör polisens och kriminalvårdens roll i syfte att förbättra omvårdnaden av omhändertagna enligt LOB och insatserna inom kriminalvården för att förhindra återfall i missbruk och brott.

Dessutom lägger utredningen vissa förslag som gäller arbetsgivaren, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen i syfte att förbättra möjligheterna till rehabilitering till arbete.

Nedan följer en översikt av de viktigare förslagen. De som rör kommunernas och landstingens ansvar samt stärkt ställning för individen regleras i den föreslagna lagen om missbruk- och beroendevård. Förslagen om vård utan samtycke regleras i LPT. I LOB regleras förslagen om polisens och landstingets ansvar för berusade personer som omhändertas. Andra förslag genomförs genom statliga stimulansbidrag till kommunsektorn och uppdrag till statliga myndigheter.

Tidig upptäckt och kort intervention

Utredningen bedömer att tidig upptäckt och kort intervention vid riskbruk, missbruk eller beroende är en effektiv insats som i dag inte används i tillräcklig omfattning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Utredningen föreslår:

- Både kommunen och landstinget ska ha ett lagreglerat ansvar för rådgivning till personer med riskbruk, missbruk eller beroende.
- Landstinget ska upprätta program inom hälso- och sjukvården som syftar till att tidigt identifiera och intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende.
- Mödra- och barnhälsovårdens uppgifter när det gäller att tidigt identifiera och intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende, samt erbjuda mödrar med missbruk eller beroende uppföljning

av barnet, ska ingå i programmet för tidig identifikation och intervention.

- Allmänläkare inom primärvården ska erbjudas fortbildning om tidig identifikation och intervention.
- Kommunen ska upprätta program för det sociala arbetet som syftar till att tidigt identifiera och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende.
- Företagshälsovårdens arbete med tidig upptäckt och kort intervention ska främjas genom ett statligt prestationsbidrag.
- Elevhälsans arbete med tidig identifikation och intervention ska främjas genom ett statligt bidrag för fortbildning av personalen.
- Studenthälsans ansvar för tidig identifikation och intervention ska tydligare regleras.
- Stödet till självhjälp vid riskbruk, missbruk och beroende via Internet och telefon ska utvecklas.

Tydligare ansvar för effektivare vård

Utredningen bedömer att kommunens och landstingets ansvar för missbruks- och beroendevård måste tydliggöras för att komma till rätta med de problem som idag drabbar så väl den enskilde som vårdens effektivitet.

Den tydligaste ordningen skulle vara att samla ansvaret hos en huvudman, men sammantaget anser utredningen att den bästa lösningen är att kommunen och landstinget har ett fortsatt delat ansvar för missbruks- och beroendevården. Kommunens och landstingets ansvar bör dock genom lagstiftning tydliggöras för de centrala delarna i vård- och stödprocessen samt ansvarsfördelningen mellan huvudmännen i vissa avseenden förändras. Därtill bör det införas förstärkta krav på samverkan.

Utredningens förslag:

- Insatserna inom missbruks- och beroendevården ska syfta till att ge vård, behandling och stöd åt personer som genom sin användning av alkohol-, narkotika-, läkemedel- och dopningsmedel eller andra liknande medel riskerar att skada sin hälsa eller sociala situation. Det är första gången ansvaret för läkemedel och dopningsmedel specifikt beaktas.

- Insatserna ska även syfta till att ge stöd åt närstående till personer som använder sådana medel på ett skadligt sätt.
- Landstinget ska ansvara för tillnyktringsverksamhet, abstinensvård och behandling.
- Kommunen ska ansvara för psykosocialt stöd samt stöd till boende, sysselsättning och försörjning.
- Kommunerna och landstingen kan anpassa den lagreglerade ansvarsfördelningen för att bättre möta regionala och lokala behov genom att sluta överenskommelser om att överlåta uppgifter mellan varandra.
- Kommunen och landstinget ska var för sig ha ett ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning. Om en person är i behov av insatser från både kommunen och landstinget ska kommunen ha det övergripande ansvaret för att upprätta individuell plan om inte kommunen och landstinget kommer överens om annat.
- Landstinget ska med kommunerna i landstingsområdet ingå ett avtal i fråga om insatserna för personer som har problem med missbruk eller beroende eller riskabel konsumtion, i vilket samarbetet mellan huvudmännen regleras.
- Det ska införas en sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör uppföljning av vård-, behandlings- eller stödinsatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Stärkt ställning för individen

Utredningen bedömer att den enskildes ställning inom missbruks- och beroendevården bör stärkas för att bättre ta tillvara den enskildes motivation och erfarenheter i planeringen och genomförandet av vården.

Utredningens förslag:

- Det ska införas en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende. Den förstärkta vårdgarantin innebär i korthet en skyldighet för landstinget att tvärprofessionellt utreda och inleda behandling i planerad, specialiserad vård inom senast 30 dagar och en skyldighet för kommunen att upprätta individuell plan inom senast 30 dagar.
- Om landstinget inte uppfyller garantin kan patienten fritt välja utförare av bedömd behandling i hela landet.
- Den förstärkta vårdgarantin ska följas upp utifrån i vad mån landstingen och kommunerna uppfyller sina skyldigheter och hur garantin påverkar prioriteringen mellan olika patient- och klientgrupper inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Den enskilde ska ha en i lag reglerad rätt till ett bra bemötande av dem som verkar inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.
- I arbetet med att utveckla insatserna inom missbruks- och beroendevården ska landstinget och kommunerna ta tillvara erfarenheter hos brukare och deras närstående.
- Organisationer som företräder människor som behöver missbruks- och beroendevårdens insatser samt deras närstående bör ges möjlighet att aktivt medverka till innehållet i samarbetsavtal mellan kommuner och landsting och vara delaktiga i uppföljningen av dessa avtal.
- Det ska inrättas en nationell valfrihetsdatabas med information om tillgängliga auktoriserade utförare av behandling i syfte att stärka den enskildes ställning i planeringen och genomförandet av vården.
- Kommunernas frivilliga verksamhet med personligt ombud ska göras tillgänglig och anpassas för personer med missbruk eller beroende och behov av samordnad planering.
- Socialstyrelsen ska kunna förelägga den som svarar för verksamhet enligt den föreslagna lagen om missbruks- och beroendevård att avhjälpa missförhållanden.

Vårdens innehåll, boende och sysselsättning

Utredningen bedömer, med hänsyn till utvecklingen av ny forskningsbaserad kunskap, vårdens praktik i andra länder och erfarenheter från olika svenska försöksverksamheter, att innehållet i den svenska missbruks- och beroendevården bör anpassas för olika målgrupper och utvecklas inom olika insatsområden. De befintliga insatserna bör tillgängliggöras och nya specifika insatser bör utvecklas för fler målgrupper.

Utredningens bedömningar och förslag:

- Landstinget bör utveckla målgruppspecifika insatser för att möta vårdbehoven hos personer med läkemedelsberoende och dopningsmedelsmissbruk.
- Kommunerna och landstingen ska särskilt utveckla missbruks- och beroendevård som bättre möter vårdbehoven hos barn och ungdomar med hjälp av ett statligt stimulansbidrag.
- Tillgängligheten till ordinarie insatser bör förbättras och nya insatser utvecklas för målgrupper som har svårt att ta del av det ordinarie utbudet eller har specifika vårdbehov, bland annat gravida kvinnor, personer med funktionsnedsättning, äldre, personer med utländsk bakgrund samt kvinnor i vissa situationer.
- Läkemedelsbehandling bör i större utsträckning finnas som ett behandlingsalternativ av alkoholberoende, inte minst inom primärvården.
- Substitutionsbehandling av opiat- och opioidberoende bör genom regeländringar vara tillgängligt i hela landet i kombination med psykosociala behandlings- och stödinsatser.
- Sprututbytesverksamhet för personer med injektionsmissbruk bör genom förändrad lagstiftning vara ett ansvar för hälso- och sjukvården och bli mer tillgänglig i hela landet.
- Kunskapsbaserat stöd till boende och sysselsättning för personer med missbruk eller beroende bör utvecklas och tillgängliggöras.

Bättre kvalitet, kunskap och kompetens

Målet är en mer kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård. Detta förutsätter enligt utredningens mening insatser för att förbättra kvaliteten på insatserna, öka kunskapen om missbruk och beroende och insatsers effekt, samt utveckla personalens kompetens.

Kvaliteten på behandlingsinsatserna samt kunskapen om patienters vårdbehov, vilka insatser som ges och vårdens resultat måste förbättras.

Utredningens förslag:

- Den behandling av missbruk eller beroende som bedrivs vid hem för vård eller boende (HVB) ska vara auktoriserad.
- Nationella kvalitetsregister inom missbruksområdet ska främjas genom ett statligt prestationsbidrag.

Kunskapen om befolkningens alkohol- och drogvanor och förekomsten av olika former av riskbruk, missbruk eller beroende måste utvecklas.

Utredningens förslag:

- De statligt finansierade undersökningarna ska utformas på ett sådant sätt att de ger en nationell helhetsbild av alkohol- och droganvändningen samt som möjliggör jämförelser med andra länder.
- Det ska årligen göras en officiell bedömning av missbrukssituationen i Sverige.
- Det ska regelbundet genomföras en särskild nationell undersökning av befolkningens alkohol- och drogvanor.
- Det ska genomföras en fördjupad epidemiologisk undersökning av förekomsten av missbruk och beroende i den svenska befolkningen.

Forskningen och kunskapsspridningen måste kraftfullt stärkas för att främja utveckling av ny forskningsbaserad kunskap och implementering av denna kunskap i vårdens praktik.

Utredningens förslag:

- Det ska inrättas ett nationellt forskningsinstitut med uppgift att bedriva tvärvetenskaplig forskning och sprida kunskap om behandling av missbruk eller beroende.
- Det ska inrättas två nationella forskarskolor inom missbruksområdet. Den ena forskarskolan ska fokusera på behandling. Den andra ska fokusera på riskbruk, tidig upptäckt och kort intervention samt barn i familjer med missbruksproblem.
- Det ska inrättas ett nationellt kompetenscentrum rörande behandling av personer med missbruk eller beroende av läkemedel.
- Det ska inrättas ett nationellt kompetenscentrum rörande behandling av personer med missbruk eller beroende av dopningsmedel.

Kompetensen hos de yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården måste utvecklas.

Utredningens förslag:

- Det bör inrättas två nationellt normerade yrkesutbildningar för personal inom vård- och stödverksamheter. Den ena utbildningen ska vara grundläggande, omfatta sex månaders studier, och rikta sig till redan yrkesverksamma. Den andra utbildningen ska vara fördjupande, omfatta två års studier och leda till en kvalificerad yrkesexamen, samt främst rikta sig till dem som vill börja arbeta inom missbruks- och beroendevården.
- Grundutbildningarna till läkare, sjuksköterska, psykolog och socionom ska stärkas genom utökade kunskapsinslag om missbruk och beroende.
- Specialistutbildning för sjuksköterskor, psykologer och socionomer bör utvecklas med hjälp av ett statligt stimulansbidrag till lärosäten som bedriver grundutbildning av dessa yrkesgrupper.

Vård utan samtycke

Utredningen anser att tvångsvård, eller vård utan samtycke som utredningen föredrar som benämning, vid missbruk eller beroende endast ska kunna ges i undantagsfall och under förutsättning att

insatserna ingår som en avgränsad del i en sammanhängande vård- och stödprocess. Vården utan samtycke måste erbjuda ett bättre behandlingsinnehåll än i dag. Den ska vara individuellt tidsmässigt anpassad och möjlighet till öppen tvångsvård ska finnas. Tillämpningen måste också bli mer rättssäker.

Utredningens förslag:

- De nuvarande tvångslagarna LVM och LPT ska integreras så att LVM upphävs och LPT förtydligas för att bättre tillgodose behovet av vård utan samtycke också för personer med missbruk eller beroende. Landstinget får därmed ansvaret för all vård utan samtycke vid psykisk sjukdom.
- Det ska göras en treårig satsning för att öka kompetensen hos personalen inom LPT-vården vid behandling av personer med missbruk eller beroende.
- De som ges vård enligt LPT ska förtecknas i ett särskilt register, i vilket bland annat orsak till intagning och vistelsens längd ska registreras.
- Ett särskilt forskningsuppdrag ska ges för att under en treårsperiod följa tillämpningen av LPT och utvärdera och bedöma effekterna av integreringen av de båda lagarna.
- Forskning om vård utan samtycke bör uppmuntras i syfte att utveckla vårdens kvalitet.

Polisens och kriminalvårdens roll

Utredningen bedömer att personer som omhändertas enligt lagen (1976: 516) om omhändertagande av berusade personer mm (LOB) måste ges bättre omvårdnad och medicinskt omhändertagande för att minska de hälsomässiga riskerna.

Utredningens förslag:

- Huvudansvaret för förvaring och tillsyn vid polisens omhändertagande enligt LOB ska ligga hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.
- Den omhändertagne ska föras till en av landstinget anordnad enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenheter, om inte särskilda skäl talar däremot. Landstinget ansvarar för att tillhandahålla och finansiera sådan enhet, om inte annan lösning väljs

genom samarbetsavtal med ett annat landsting eller en eller flera kommuner.

- Om tillnyktringen inte lämpligen kan ske på en enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenhet på grund av aggressivitet eller våldsamt uppträdande hos den omhändertagne, får han eller hon förvaras i arrest hos polisen eller inom kriminalvården för tillnyktring. Landstinget svarar i dessa fall för att polisen eller personalen hos Kriminalvården får tillgång till medicinsk bedömning vid den omhändertagnas tillnyktring.
- Polisen svarar även fortsättningsvis för uppgifterna att omhänderta, skyddsvisitera samt transportera en omhändertagen person till en enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenhet.

Utredningen bedömer att Kriminalvården i samverkan med andra huvudmän och myndigheter bör utnyttja verkställighetstiden mer effektivt för behandling av personer med missbruk eller beroende i syfte att minska återfall i brottslighet.

Utredningens bedömningar och förslag:

- Kriminalvården ska som en del av det återfallspreventiva arbetet ha ett fortsatt ansvar för att bedriva brotts- och missbruksförebyggande program för klienter med missbruk eller beroende.
- Klienter inom kriminalvården ska omfattas av den föreslagna förstärkta vårdgarantin för personer med missbruk eller beroende, inom ramen för den så kallade normaliseringsprincipen. Därigenom förbättras kontinuiteten i behandlings- eller stödinsatserna vid frigivningen från kriminalvården.
- Landstinget ska ingå avtal med Kriminalvården om vård och behandling av klienter med missbruk eller beroende i landstingsområdet.
- Auktoriseringskravet för hem för vård eller boende (HVB) med behandling av missbruk eller beroende ska också bidra till att säkerställa kvaliteten på den behandling som Kriminalvården upphandlar.

Vidare anser utredningen att det bör göras en översyn av bestämmelserna på det straffrättsliga området när det gäller lagföringen av människor med missbruksproblem som begått brått i syfte att möjliggöra vård i stället för straff.

Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken, socialförsäkringen

Utredningen anser att förebyggande och tidiga insatser mot riskbruk, missbruk och beroende bör stimuleras. Vidare bör det underlättas för arbetsplatsen att bibehålla och anställa personer med missbruksproblem.

Utredningens förslag och bedömningar:

- Arbetsgivare bör i högre grad använda sig av företagshälsovårdens tjänster, bland annat för att screena för riskbruk vid regelbundna hälsosamtal och erbjuda rehabilitering för att möjliggöra kvarstannade i arbete.
- Kommunen ska bistå arbetsgivare inom kommunen med information och råd när det gäller missbruksfrågor.

Utredningen anser att personer med missbruk eller beroende har sämre tillgänglighet till insatserna inom arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen än många andra grupper.

Utredningens förslag och bedömningar:

- Det bör utvecklas fler särskilda arbetsmarknadspolitiska insatser för personer med missbruk eller beroende och andra grupper med jämförbar problematik.
- Särskilt högriskskydd inom sjukförsäkringen är en underutnyttjad möjlighet för att ekonomiskt underlätta vid sjukfrånvaro som har samband med missbruksproblem. Kunskap bör spridas om denna möjlighet i sjukförsäkringen.
- Personer med missbruk eller beroende ska om de saknar rätt till sjukpenninggrundande inkomst kunna ta del av en ny ersättning när de deltar i rehabiliteringen av missbruket eller beroendet. Kommittén om hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet (dir. 2010:48) bör närmare pröva den särskilda rehabiliteringspenningen.
- Det ska anslås medel till en forskningsstudie för att kartlägga orsakerna till den stora underrapporteringen av arbetsoförmåga orsakad av missbruk och beroende.
- Vid sjukskrivning som förlängs utöver 60 dagar ska läkaren erbjuda patienten en bedömning av om det föreligger beroende

av psykoaktiva substanser, såvida inte detta är uppenbart onödigt.

Effektivare vård lönsam för samhället

Samhällets kostnader för missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel uppgår till 150 miljarder kronor, vilket är nio gånger mer än kommunernas och landstingens kostnader för vården. De stora kostnaderna för samhället av missbruk följer av ohälsa, arbetsförmåga och kriminalitet.

Utredningens beräkningar visar att behandling är samhällsekonomiskt lönsam, även när det krävs mycket omfattande behandlingsinsatser.

Mest lönsamma är tidiga insatser som förhindrar att riskbruk övergår i mer etablerade former av missbruk och beroende, till exempel kort rådgivning vid begynnande alkoholproblem.

För en kvinna, 20 år, med aktivt heroinmissbruk uppgår den samhällsekonomiska kostnaden till cirka 10 miljoner kronor. Vårdkostnaden för vanliga insatskombinationer varierar mellan 300 000 och 2,6 miljoner kronor. Om insatsen är effektiv mot missbruket kan besparingen bli cirka 2 miljoner kronor. Om insatsen dessutom gör det möjligt för personen att återgå i arbete kan besparingen bli 6 miljoner kronor.

För en man, 30 år, med aktivt tungt alkoholmissbruk uppgår den samhällsekonomiska kostnaden till cirka 7 miljoner kronor. Vårdkostnaden för vanliga insatskombinationer varierar mellan 23 000 och 400 000. Om insatsen är effektiv mot missbruket kan besparingen bli 3 miljoner kronor. Om insatsen dessutom gör det möjligt för personen att återgå i arbete kan besparingen bli 6 miljoner kronor.

Det står sålunda klart att investeringar i missbruks- och beroendevård kan vara samhällsekonomiskt mycket lönsamma.

Finansiering och genomförande

Utredningens förslag gäller kommunerna, landstingen och staten och finansieras i huvudsak på tre olika sätt.

- Överföringar av uppgifter mellan kommunerna och landstingen finansieras genom skatteväxling. Det belopp som ska skatte-

växlas har beräknats till drygt 2,3 miljarder kronor. Skatteväxlingen förhandlas och beslutas länsvis av berörda kommuner och landsting.

- Utökade eller nya uppgifter för kommuner och landsting finansieras genom statliga bidrag till kommunsektorn. De statliga bidraget som ska utgå tillsvidare har beräknats till 465 miljoner per år. Av dessa gäller 265 miljoner överföring av befintliga statliga verksamheter från staten till landstingen. Därtill kommer bidrag för tidsbegränsade satsningar för perioden 2013–2017 om 137, 187, 37, 22 respektive 22 miljoner kronor per år.
- Statliga insatser finansieras inom statsbudgeten genom anslag till berörda statliga myndigheter. Anslagen för de tidsbegränsade statliga insatserna har beräknats till 103,5, 70,5, 35,5 och 20,5 miljoner kronor per år under perioden 2013–2017. Några mindre insatser föreslås pågå ytterligare några år.
- För att underlätta genomförandet av reformen har utredningen föreslagit att regeringen ska utse en särskild nationell samordnare med uppdrag att bistå kommunerna och landstingen i genomförandet skatteväxlingen och överföringen av tvångsvården från kommunerna och staten till landstingen samt statens utveckling av stöd till självhjälp.

Ny lagstiftning

Utredningen anser att ansvaret för missbruk- och beroendevården tydliggörs i lagstiftning. Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) vänder sig i huvudsak till kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) i huvudsak till landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Bestämmelserna i dessa huvudlagar är såvitt rör missbruks- och beroendefrågor mycket översiktliga i den mån dessa frågor alls är uttryckligen berörda.

Utredningen har därför stannat för att föreslå som ett komplement till SoL och HSL en särskild lag om missbruks- och beroendevård (LMB), vilken samtidigt vänder sig till både kommunen och landstinget (en så kallad pluslag).

- LMB anger målet för lagen, lägger fast ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, ställer krav på samverkan samt innehåller regler som ska stärka den enskildes ställning.
- Den ger också en enhetlig definition av de former av missbruk och beroende som vården enligt denna lag ska möta.
- LMB markerar landstingets och kommunens särskilda ansvar för missbruks- och beroendevården och går därmed i viss utsträckning längre än huvudlagarna SoL och HSL.

Utredningens förslag innebär också en förändrad lagstiftning när det gäller vården utan samtycke genom att lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) integreras med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

- I LPT införs en likställighetsbestämmelse som tydliggör att LPT även ska omfatta patienter som till följd av missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

Andra lagändringar som föreslås gäller lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer mm, lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler, offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL) samt brottsbalken.

Ytterligare ändringar föreslås i SoL, HSL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshinder (LSS), högskoleförordningen (1993:100) och socialtjänstförordningen (2001:937).

Dessutom föreslås följdändringar i en rad andra lagar och förordningar där enhetliga definitioner av missbruk och beroende efter hand är tänkbara och möjliga.

I kraftträdande

Den nya lagen om missbruks- och beroendevård föreslås träda i kraft den 1 januari 2013. För vården utan samtycke föreslås övergångsregler för perioden 1 januari till 30 juni 2013.