

# Kommittédirektiv



Översyn av missbruks- och beroendevården

Dir.  
2008:48

---

Beslut vid regeringssammanträde den 24 april 2008

## Sammanfattning av uppdraget

Utredaren ska se över bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård när det gäller missbruks- och beroendevård samt lämna förslag till de förändringar som bedöms nödvändiga för att anpassa lagstiftningen till utvecklingen inom området. Målet ska vara en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård utifrån den enskildes behov. I uppdraget ingår att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården kan tydliggöras. Utredaren ska även överväga eventuella behov av förändringar i lagstiftningen och ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen för att säkerställa att personer med missbruk eller beroende får de insatser som de behöver. Utredaren ska även se över hur ansvaret för tillnyktringsverksamheter enligt lagen (1976:516) om omhändertagande av berusade personer m.m. bör organiseras för att säkerställa att den som omhändertagits får en adekvat tillsyn och omvårdnad.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 november 2010.

## Bakgrund

Ansvar för missbruks- och beroendevården vilar på flera huvudmän. Socialtjänstlagen (2001:453) ger kommunerna huvudansvaret när det gäller missbruks- och beroendevård

genom att ange att socialnämnden aktivt ska verka för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Socialtjänsten ger också stöd till bl.a. boende, sysselsättning och försörjning. Landstingen har skyldighet att tillgodose behovet av medicinska och psykiatriska insatser så som bl.a. abstinensbehandling och läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk. Detta sker vanligen vid beroendekliniker eller psykiatriska kliniker i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för den vård som ges utan den enskildes samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall samt vård av unga enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Även kriminalvården har en viktig uppgift då en stor del av de intagna har missbruksproblem. Länsstyrelserna utövar tillsyn och stödjer utvecklingsarbete när det gäller kommunernas missbruksvård. Socialstyrelsen ansvarar för tillsynen över hälso- och sjukvården och har även ett övergripande ansvar för tillsyn av socialtjänsten och för den generella kunskapsutvecklingen inom området.

#### *Missbruks- och beroendevårdens utveckling*

Antalet personer med tungt alkohol- eller narkotikamissbruk i Sverige beräknas uppgå till cirka 100 000. Alkoholmissbruket dominerar och bland dem med tungt missbruk utgör 75 procent män. Det beräknade antalet personer med tungt narkotikamissbruk uppgår till drygt 25 000. Bland personer med narkotikamissbruk är medelåldern lägre, knappt 40 år jämfört med drygt 50 år bland personer med alkoholmissbruk. Andelen kvinnor är högre bland personer med narkotikamissbruk och uppgår till 35 procent. En trend som kan ses i såväl Sverige som internationellt är att blandmissbruket ökar. Det finns samband mellan tungt missbruk och social utslagning såsom hemlöshet, arbetslöshet och skuldsättning samt både fysisk och psykisk sjukdom. Personer som har alkohol- eller narkotikaproblem har en klart ökad risk för psykiska sjukdomar.

Bruket av alkohol har ökat i Sverige och enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning har årskonsumtionen under den senaste femårsperioden uppgått till cirka tio liter ren alkohol per person 15 år och äldre, vilket historiskt sett är en mycket hög nivå. Enligt den nationella folkhälsoenkäten 2006 hade 9 procent av kvinnorna och 17 procent av männen riskabla alkoholvanor.

Missbruk är ett folkhälsoproblem som inte bara drabbar den missbrukande personen utan i hög grad även hans eller hennes familj. Barnen är särskilt utsatta. Att inte bara fokusera på den missbrukande personen, utan att även se och möta hans eller hennes barns och andra närståendes behov har stor betydelse för att skapa en helhetssyn på missbrukets konsekvenser. Missbruket har även samhälleliga konsekvenser i form av bland annat våld, brottslighet och sjukskrivningar.

#### *Missbruks- och beroendevård i förändring*

Under den senaste femårsperioden har antalet personer i den frivilliga dygnsvården minskat och antalet personer med öppenvårdsinsatser ökat. Kunskapen om läkemedelsassisterad behandling har ökat, men tillgången till sådan behandling är begränsad i vissa delar av landet. Många kommuner arbetar för att skapa en sammanhållen vårdkedja och insatserna utformas i högre utsträckning för att möta olika gruppers specifika behov. Samtidigt har personer med både missbruksproblem och psykisk sjukdom svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda. Det samma gäller våldsutsatta kvinnor med missbruk, unga personer med missbruk samt äldre personer med tungt missbruk.

Aktuell forskning visar att socialt väletablerade personer med lindrigare missbruksproblem inte alltid nås av stöd- och vårdinsatser eller är tveksamma till att söka vård och att få av dem vänder sig till socialtjänsten för att få stöd. Stora resurser läggs däremot på en relativt liten grupp personer med omfattande sociala och psykiska problem, som återkommer gång på gång. Insatserna måste utgå från dokumenterad kunskap och klientens behov och önskemål snarare än att, vilket fortfarande är vanligt, styras av ideologi, ekonomi och ”tradition”.

*Behovet av en översyn av missbruks- och beroendevården*

Missbruks- och beroendevården är ett komplext område som befinner sig i ett intensivt utvecklingskede. Kunskapsutvecklingen på området ger förutsättningar för att åtgärder och insatser i allt högre utsträckning ska kunna ge faktiska och hållbara resultat. Samtidigt återstår mycket att göra. Ny kunskap om vård- och behandlingsformer, behoven av samverkan och samarbete mellan olika vårdgivare samt värdet av att sätta individen och hans eller hennes behov i centrum ställer krav på en lagstiftning som förmår skapa goda förutsättningar för en önskvärd utveckling.

*Ansvar är fördelat på olika huvudmän*

Ansvar för missbruks- och beroendevården åvilar i dag såväl kommuner som landsting. Sverige har till skillnad från de flesta andra länder definierat missbruk som en social fråga. Kommunerna har genom socialtjänstlagen huvudansvaret för att personer med missbruk får den vård, behandling och det stöd de behöver. Även om huvudinriktningen är en drogfri behandling har missbruks- och beroendevården kommit att bli alltmer medicinskt orienterad. Landstinget har genom hälso- och sjukvården också ansvaret för och skyldighet att tillhandahålla vård och behandling för missbruk och beroende och därmed relaterade somatiska och psykiatriska problem. Detta överlappande ansvar mellan olika huvudmän har länge orsakat problem. Konsekvensen har ofta blivit att den enskilde fallit mellan stolarna.

Personer med tungt missbruk har särskilda behov av utgålliga, kvalificerade och integrerade insatser från såväl socialtjänst som beroendevård. Uppdelningen på två huvudmän, som var och en har sitt lagstadgade kompetensområde, och sektoriseringen av verksamheterna är erfarenhetsmässigt ett stort hinder för en optimal användning av tillgängliga resurser i form av pengar och kompetens, samtidigt som det allvarligt försvårar tillgänglighet till dokumenterat effektiva behandlingsformer och kontinuitet ur den enskildes perspektiv. Det finns starka skäl för att se över ansvarsfördelningen mellan de olika huvudmän som har ansvar inom området. När det gäller personer med tungt

missbruk som lett till social utslagning – kanske i storleksordningen 100 000 personer – bör sjukvårdens inflytande stärkas genom en mer långtgående samverkan mellan beroendevård, psykiatri och socialtjänstens missbruksvård.

Narkotikakommissionen betonade i sitt slutbetänkande (SOU 2000:126) kommunernas ansvar för att ta fram lokala drogstrategier som skulle ange mål men också behov och överenskommelser med andra huvudmän. Det skulle bl.a. inkludera behovet av avgiftningsplatser och stöd från den psykiatriska vården. Resonemanget utgick också från att kommunen var den naturliga parten för kontakter med andra huvudmän så som kriminalvården, men också gentemot frivilligorganisationerna. Vidare ligger huvudansvaret för det förebyggande arbetet på kommunerna.

Enligt regeringens uppfattning finns det nu skäl att se över lagstiftningen på området. Det handlar bl.a. om att tydliggöra huvudmännens ansvar och uppdrag och även överväga eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Målet måste vara att rätt vårdgivare ger rätt insats vid rätt tidpunkt. Eftersom behoven av vård och stöd varierar från dem med riskbruk till dem med tungt missbruk i kombination med annan sjuklighet finns stor risk både för att personer hamnar mellan stolar och för dubbelarbete eller ineffektivt resursanvändande.

Det finns brister i samordningen

Samordning och samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården har fortfarande, trots en rad åtgärder för att förbättra samarbetet, mycket stora brister. Framför allt råder oklarhet om var den ekonomiska ansvarsfördelningen går och praxis varierar stort mellan olika landsting och kommuner. Det förekommer att kommuner betalar landstinget för t.ex. metadonbehandling för personer med narkotikamissbruk. Dessutom är kunskapen om såväl nyttan som riskerna med läkemedelsassisterad behandling inom hälso- och sjukvården för både narkotika och alkoholmissbruk mycket olika utvecklad över landet. Tillgången till sådan vård med specialistkompetens är i

dag på många håll bristfällig. Abstinensbehandling är ett annat område där det råder stor oklarhet om ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. Personer med tungt missbruk har inte sällan samsjuklighet, dvs. vid sidan av missbruket finns även en psykisk sjukdom. Det finns i dag omfattande evidens för att missbruk och psykisk sjukdom ska behandlas samtidigt i samordnade former, vilket också framgår av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Dessa personer bollas dock fortfarande ofta mellan socialtjänsten och psykiatri inte minst när det är frågan om tvångsinsatser enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Ofta får missbruk svåra sociala konsekvenser som t.ex. hemlöshet.

Erfarenheten visar att det i hög grad är samma klienter med tungt missbruk som rör sig mellan de olika huvudmännen inom missbruksvården och kriminalvården. Därför måste framtida analyser av samhällets insatser mot narkotika- och alkoholmissbruk utgå från en helhetsbild som innefattar såväl socialtjänstens, Statens institutionsstyrelses, hälso- och sjukvårdens som kriminalvårdens verksamheter på området.

Den behandling som ges inom ramen för kriminalvården kan heller inte ses isolerat. För att förhindra återfall i såväl missbruk som brott och för att underlätta klientens återanpassning i samhället har han eller hon ofta behov av omfattande stöd- och hjälpinsatser – inte sällan missbruks- och beroendevård – också efter det att kriminalvården upphört. Det är därför nödvändigt med samverkan för att åstadkomma fungerande vårdkedjor för missbrukare allt i enlighet med normaliseringsprincipen. Därför bör kriminalvårdens roll och möjlighet att i samverkan med huvudmännen inom missbruks- och beroendevården kunna stärka samarbetet för att klienterna ska erbjudas och slutföra en adekvat behandling belysas.

Regeringens satsning på vården har fått resultat

De preliminära resultaten från regeringens satsning på en förstärkt vårdkedja i samband med LVM-vården visar att fler personer fått vård enligt LVM och att denna vård givit goda

resultat. Detta kan betyda att det i dag finns ett glapp mellan vård som ges med respektive utan samtycke och att försöken med vårdkedjor bidragit till att minska detta glapp. Det kan därför finnas skäl att överväga om en mer integrerad lagstiftning med en närmare koppling mellan frivillighet och tvång liksom mellan vård i öppna och slutna former kan bidra till en mindre ryckig och mer kontinuerlig vård för personer med tungt missbruk och behov av omsorg, psykiatrisk vård och insatser för att komma ur hemlöshet. Detsamma gäller vårdformer för äldre personer som har missbruksproblem och är i behov av omsorg eller omvårdnad. På psykiatrins område har regeringen föreslagit ändringar i lagstiftningen som innebär ökade möjligheter att inom ramen för tvångsvården ge patienten nödvändig vård i öppna former, bl.a. i syfte att underlätta utslussning från tvångsvården (prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården).

Personer med riskbruk eller missbruk är i dag svåra att nå och få vänder sig till socialtjänsten för att få hjälp mot sitt missbruk eller beroende. Detsamma gäller personer med ett läkemedelsberoende. Blandmissbruket ökar alltmer och allt färre har ett renodlat alkohol- eller narkotikamissbruk. Människor med riskbruk eller begynnande missbruk vänder sig snarare till primärvården än tar kontakt med kommunens socialtjänst för hjälp. Det finns därför skäl att överväga hur dessa grupper kan få effektivare och bättre hjälp.

Kommunerna har olika förutsättningar att lämna vård

Argument för behovet av att se över ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting när det gäller missbruksvården kan också resas utifrån det stora antalet små kommuner i landet som ofta har så knappa resurser att det inte är möjligt att i socialtjänstens regi bygga upp den kompetens som behövs för en effektiv missbruksvård. Kanske finns det inte heller ett kontinuerligt behov som försvarar en sådan uppbyggnad. I betänkandet Personer med tungt missbruk (SOU 2005:82) visas att små kommuner av naturliga skäl saknar specialiserade enheter för missbruksvård. Likaså anges bristen på resurser och

kompetens inom missbruksvården vara större bland de mindre kommunerna. Ett sätt att motverka detta problem torde vara att små kommuner samverkar kring mer specialiserade enheter. Socialstyrelsen visar dock i en rapport om kvalitetsutvecklingen i missbruks- och beroendevården att utvecklingen snarare är den motsatta. Små kommuner samverkar i mindre utsträckning än kommuner med stort befolkningsunderlag.

#### Vårdmodeller i Danmark och Norge

Möjligheter och förutsättningar för att inom missbruks- och beroendevården kunna ge rätt insats från rätt vårdgivare vid rätt tidpunkt bör också belysas och övervägas vid en översyn. Detta är särskilt angeläget för personer med missbruk och samtidigt psykisk sjukdom, vilket behandlas i Nationell psykiatrisamordnings betänkande *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100). I Danmark har t.ex. en garanti för social behandling av personer som missbrukar narkotika införts från och med den 1 januari 2003 genom en ändring av lagen om social service. Sedan den 1 juli 2005 gäller motsvarande garanti för personer med alkoholmissbruk. Lagen innebär en skyldighet för amtskommunen (motsvarande de svenska landstingen) att erbjuda en social behandlingsinsats som ska sättas i verket senast 14 dagar efter att den enskilde anmält sin önskan om behandling. Den enskilde har också i princip ett fritt val såtillvida att hon eller han kan välja att genomgå behandlingen var som helst i Danmark.

I Norge har den specialiserade sjukvården fått huvudansvaret för vården av personer med tungt missbruk och dessa personer omfattas där av lagstiftade patienträttigheter inom hälso- och sjukvården. Den norska Rusreformen som trädde i kraft 2004 syftar bl.a. till att personer med tungt missbruk ska få bättre sjukvård, mer heltäckande och individualiserade insatser samt ökad mångfald i utbudet. Huvudansvaret för missbruksvården inklusive behandlingsinstitutionerna har förts över från socialtjänsten till den specialiserade hälso- och sjukvården. Det innebär bl.a. att läkare numera kan remittera personer med missbruksproblem till specialiserade behandlingsinstitutioner. Dessa personer får då samma lagstadgade rättigheter som andra pa-



tienter inom hälso- och sjukvården, som t.ex. rätt till en utredning inom 30 dagar om nödvändig sjukvård på grund av missbruket.

Denna norska modell bör studeras närmare. Här har man organisatoriskt försökt lösa samverkans- och samarbetsproblem mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, som i Norge liksom i Sverige har varit ett stort hinder för en effektiv missbruksvård. Förändringen kan kort beskrivas som att Norge har omdefinierat behandlingen av personer med missbruk från att vara en socialtjänstuppgift som förutsätter vissa medicinska stödtjänster till att bli ett hälso- och sjukvårdsansvar som backas upp med socialt arbete. Vid en översyn av missbruks- och beroendevården bör erfarenheterna från Norges förändring av ansvarsfördelningen belysas.

En särskild fråga gäller omvårdnaden om de personer som omhändertagits enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB). Lagen innebär att den som anträffas så berusad av alkoholdrycker eller annat berusningsmedel att han eller hon inte kan ta hand om sig själv eller utgör en fara för sig själv eller någon annan får omhändertas av en polisman. När lagen trädde i kraft år 1977 var tanken att den skulle skapa en grundval för ett nytt förhållningssätt vad gäller omhändertagande och behandling av personer som påträffats berusade. En försöksverksamhet med särskilda tillnyktringsenheter inleddes som avsågs ersätta förvaringen i polisarrest. Utvecklingen gick emellertid inte den väg som lagstiftaren tänkte sig och huvudregeln är i dag fortfarande att de som omhändertas förvaras för tillnyktring hos polisen. Frågan om omhändertagande av berusade personer enligt LOB har varit föremål för överväganden vid ett par tidigare tillfällen, bl.a. av polisverksamhetsutredningen (Polisverksamhet i förändring – del 2, slutbetänkande av polisverksamhetsutredningen, SOU 2002:117). Gemensamt för de överväganden som gjorts har varit att huvudansvaret för tillnyktring i samband med omhändertagande enligt LOB inte längre bör ligga på polisen utan överförs till en annan huvudman som har möjligheter att åstadkomma ett bättre socialt och medicinskt omhändertagande samtidigt som polisen avlastas en uppgift som ligger utanför

den rent polisiära verksamheten. Inget av förslagen har lett till lagstiftning. Som framgått av det föregående anser regeringen att det nu finns skäl att se över missbruks- och beroendevården och tydliggöra huvudmännens ansvar och uppdrag och även överväga eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen. Mot den bakgrunden är det naturligt att utredaren även bör se över hur ansvaret för tillnyktringsverksamheten enligt LOB bör organiseras för att säkerställa att den som omhändertagits får en adekvat tillsyn och omvårdnad. En utgångspunkt för översynen bör vara att huvudansvaret inte längre ska ligga på polisen.

### **Uppdraget**

Utredaren ska se över bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård när det gäller missbruks- och beroendevård samt lämna förslag till de förändringar som bedöms nödvändiga för att anpassa lagstiftningen till utvecklingen när det gäller vård och behandlingsmetoder. Det ska ingå i uppdraget att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar kan tydliggöras. Utredaren ska även överväga eventuella behov av förändringar i lagstiftningen och ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen för att säkerställa att personer med missbruk eller beroende får de insatser som de behöver. I uppdraget ska även ingå att se över hur ansvaret för tillnyktringsverksamheter enligt LOB bör organiseras för att säkerställa att den som omhändertas en adekvat tillsyn och omvårdnad. Förslagen ska analyseras utifrån ett brukarperspektiv.

Följande frågor ska ingå i översynen:

- Missbruksvården är ett komplext område som befinner sig i ett intensivt utvecklingsskede. Denna utveckling ska beskrivas och behovet av ändring av gällande lagstiftning analyseras. Tänkbara effekter och ekonomiska konsekven-

ser av en förändring av befintlig lagstiftning och ansvarsfördelning ska belysas.

- De nordiska ländernas missbruks- och beroendevård ska beskrivas och skillnader mot svensk sådan vård analyseras.
- Kommunernas – inte minst de små kommunernas – möjlighet att i dag tillhandahålla kvalificerad och specialiserad missbruks- och beroendevård ska kartläggas och beskrivas.
- Förslag ska lämnas till hur kunskapen om och tillgången till insatser i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet som t.ex. läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk och behandling mot missbruk/beroende av narkotikaklassade läkemedel kan göras tillgänglig i hela landet.
- Ansvar för insatser till personer med riskbruk, läkemedelsmissbruk/beroende, bruk av dopningsmedel eller blandmissbruk ska tydliggöras och riskerna med läkemedelsassisterad behandling när ett blandmissbruk förekommer belysas.
- Ansvar för insatser till personer som har både missbruk och psykisk sjukdom ska förtydligas och förslag lämnas till hur effektivare integrerade insatser kan tillhandahållas.
- Kriminalvårdens roll och möjlighet att i samverkan med huvudmännen inom missbruks- och beroendevården kunna stärka samarbetet för att klienterna ska erbjudas en adekvat behandling ska belysas.
- Statens institutionsstyrelses roll och möjligheter att i samverkan få hjälp med insatser från hälso- och sjukvården i sitt behandlingsarbete ska belysas.
- Möjligheter och förutsättningar att inom missbruks- och beroendevården kunna ge rätt insats från rätt vårdgivare vid rätt tidpunkt samt hur man kan bli bättre på att uppmärksamma barn och andra närstående till personer med missbruk och beroende ska belysas.
- Lagstiftningen bör ge utrymme för nya och mer flexibla vårdformer oavsett om vården bedrivs i öppna eller slutna former och oavsett om den ges med eller utan den enskildes samtycke.

- Ansvaret för vårdplanering, upphandling av vårdenheter, kompetensutveckling och uppföljning ska analyseras.
- Utredaren ska analysera om det finns behov av författningsändringar och i så fall lägga fram fullständiga förslag till sådana.

Utöver de frågor som nämns kan det finnas andra närliggande frågor som aktualiseras under utredningsarbetets gång, t.ex. behovet av ändringar av gällande bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt. Utredaren är oförhindrad att ta upp sådana frågor och lägga fram de förslag som kan anses behövas.

### **Samråd och redovisning av uppdraget**

Utredaren ska under arbetet samråda med berörda myndigheter. Utredaren ska även inhämta erfarenheter från brukarorganisationer och andra organisationer verksamma inom missbruksområdet samt med forskare inom området. Utredaren ska också samråda med andra berörda utredningar, bl.a. Utredningen om översyn av bestämmelserna till skydd och stöd för barn och unga i socialtjänstlagen (dir. 2007:168). Regeringen har i budgetpropositionen 2008 aviserat en kommande översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen, vilket delvis även kommer att beröra utredarens arbete.

Om utredarens förslag skulle innebära ökade kostnader för staten respektive kommunerna ska förslag till finansiering lämnas. Om förslagen påverkar kostnader för staten, landstingen och kommunerna ska en beräkning av dessa kostnader redovisas. Förslagets konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474).

Uppdraget ska redovisas senast den 15 november 2010.

(Socialdepartementet)