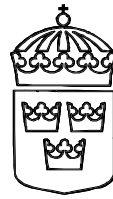


Regeringens proposition

2012/13:77



God kvalitet och ökad tillgänglighet inom
missbruks- och beroendevården

Prop.
2012/13:77

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 14 mars 2013

Fredrik Reinfeldt

Maria Larsson
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i socialtjänstlagen (2001:453). Genom ändringarna införs en skyldighet för landsting och kommuner att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, eller dopningsmedel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa och deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna. Syftet med ändringarna är att stärka samverkan mellan landsting och kommuner för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgruppen. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2013. Regeringen avser att utifrån huvudmännens behov stödja genomförandet av skyldigheten att ingå överenskommelser liksom följa upp dessa bland annat med fokus på tillgänglighet, samordning och kvalitet i insatser.

Vidare anges såväl pågående som ytterligare initiativ som regeringen avser att ta för att uppnå det långsiktiga målet för missbruks- och beroendevården i enlighet med den samlade ANDT-strategi som antogs av riksdagen i mars 2011 (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU 8, skr. 2010/11:203). Målet innebär att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet. Regeringens insatser omfattar bland annat att främja tillgänglighet och kvalitet både när det gäller specialiserad vård i form av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende och när det gäller stöd- och behandlingsinsatser som erbjuds av kommunerna.

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	4
2	Lagtext	5
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	5
2.2	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	6
3	Ärendet och dess beredning	7
4	Allmänna utgångspunkter	7
5	Fortsatt gemensamt, men tydligare ansvar och förstärkt samverkan	9
5.1	Överenskommelser om samarbete	15
5.1.1	Stöd till genomförande av överenskommelserna	21
5.1.2	Uppföljning av överenskommelserna	22
6	Tillgänglighet och bemötande	24
6.1	Säkerställa specialiserad behandling för personer med opiatberoende	29
6.2	Tillgänglig och attraktiv vård för att nå fler och i ett tidigare skede	30
6.3	Bra bemötande	31
7	Bättre kunskap, kvalitet och kompetens	33
7.1	Kunskap om missbruksutvecklingen	33
7.1.1	Ökad kunskap om läkemedelsassisterad behandling	34
7.1.2	Ökad kunskap om dödlighet	35
7.2	Kvalitetskrav på behandlingsenheter	35
7.3	Metod- och kompetensutveckling	37
7.3.1	Regeringens insatser för att stödja kvalitetsutveckling i enlighet med ANDT- strategin	37
8	Tvångsvård	43
9	Ikraftträdande	48
10	Konsekvenser av förslagen	48
11	Författningskommentar	50
11.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	50
11.2	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	50
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35)	52
Bilaga 2	Författningsförslag i betänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35)	69

Bilaga 3	Förteckning över remissinstanser i betänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35).....	96
Bilaga 4	Lagradsremissens lagförslag.....	99
Bilaga 5	Lagrådets yttrande.....	101
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 14 mars 2013		102

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att det i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ ska införas en ny paragraf, 8 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 b §

Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

2.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att det i socialtjänstlagen (2001:453) ska införas en ny paragraf, 5 kap. 9 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 kap.

9 a §

Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

Regeringen beslutade den 24 april 2008 att tillkalla en särskild utredare för att göra en översyn av den samlade svenska missbruks- och beroendevården (dir. 2008:48). Uppdraget var att 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 förändringar som bedöms nödvändiga för att anpassa lagstiftningen till utvecklingen inom området. I uppdraget ingick också att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården kan tydliggöras. Utredaren skulle också 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 skulle också 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 adekvat tillsyn och omvårdnad.

Utredningen antog namnet Missbruksutredningen. Utredningen publicerade i januari 2010 diskussionspromemorian Bättre vård och stöd för individen – om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården i syfte att stimulera diskussion och inhämta synpunkter inför utredningens fortsatta arbete. Diskussionspromemorian remitterades inom utredningen och 75 remissvar analyserades av utredningen. I januari 2011 överlämnades delbetänkandet Missbruket, Kunskapen, Vården (SOU 2011:6) med vetenskapliga underlag. I april 2011 överlämnade utredningen slutbetänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individen, kunskapen och ansvaret (SOU 2011:35).

En sammanfattning av slutbetänkandet finns i *bilaga 1* och utredningens lagförslag i *bilaga 2*. Slutbetänkandet har remissbehandlats och en förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning över remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2012/4504/FST).

Lagrådet

Regeringen beslutade den 31 januari 2012 att inhämta Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i *bilaga 4*. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 5*. Regeringen har följt Lagrådets förslag.

4 Allmänna utgångspunkter

Missbruks- och beroendevården är ett område som under senare år utvecklats positivt i takt med att kunskapen om och användningen av kunskapsbaserade metoder ökat. Inte minst har Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården, som publicerades 2007, bidragit till denna utveckling. För att möta det stora intresse som

finns hos professionen att omsätta riktlinjerna i den praktiska verksamheten inledde regeringen redan 2008 ett långsiktigt utvecklingsarbete bland annat i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting. Utvecklingsarbetet ligger i linje med den inriktning som regeringen lagt fast i propositionen En samlad nationell strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT-strategin), som antogs av riksdagen i mars 2011 (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, skr. 2010/11:203). Vid samma tillfälle beslutade riksdagen om det övergripande målet för ANDT-politiken: Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk. Strategin innehåller sju långsiktiga mål varav ett mål är att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.

Ökad tillgång till målgruppsanpassade insatser, en långsiktig satsning för en likvärdig vård av god kvalitet över hela landet och en vård där individens behov står i centrum är nödvändigt om målet för missbruks- och beroendevården ska uppnås. Behandlings- och stödinsatser generellt ska möta behoven hos både kvinnor och män, men i vissa fall finns behov av könsspecifika insatser. Personer ska få insatser när motivationen finns och alla har rätt att bemötas med respekt. Ett förstärkt brukarinflytande, både över egna insatser och på verksamhetsnivå, är viktiga förutsättningar för att uppnå en vård av god kvalitet.

Kvinnor och män med missbruks- eller beroendeproblematik är en heterogen grupp med olika behov och förutsättningar. Många är socialt väletablerade medan andra lever i en socialt utsatt situation. För att möta individens olika behov omfattar missbruks- och beroendevården ett brett spektrum av åtgärder som läkemedelsbehandling, psykosocial behandling och sociala stödinsatser som t.ex. boendestöd och sysselsättning. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har därmed viktiga uppgifter att fylla som ska värderas likvärdigt och samordnas i ett välfungerande vård- och stödsystem som utgår från individernas olika behov och önskemål.

Missbruk och beroende drabbar ofta barn och andra närstående. Stöd till barn och andra närstående är därför en uppgift som missbruks- och beroendevården behöver uppmärksamma. Stödet kan ske inom ramen för vården eller i samverkan med andra delar av socialtjänsten, psykiatrien eller idéburen verksamhet.

Ledorden för regeringens utveckling av missbruks- och beroendevården är ökad kvalitet och likvärdighet, ökad tillgänglighet liksom stärkt samverkan mellan huvudmännen.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården omfattar både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och således har även utvecklingsarbetet riktat sig till både kommuner och landsting. Utvecklingsarbetet, som fått namnet Kunskap till praktik, har inneburit utbildningssatsningar riktad till all personal inom missbruks- och beroendevården, regionalt utvecklingsstöd, lokala överenskommelser mellan huvudmännen om samverkan, stöd till lokal uppföljning liksom utveckling av metoder för förstärkt brukarinflytande. Sedan 2011 ingår även stöd för ett förstärkt barn- och föräldraperspektiv i missbruks- och beroendevården. Regeringen bedömer att detta utvecklingsarbete har varit mycket värdefullt och att det inneburit att såväl kvalitet som samverkan mellan huvudmännen har stärkts. Regeringen avser att i samverkan med

huvudmännen främja en långsiktigt hållbar och kontinuerlig utveckling av missbruks- och beroendevården.

En utmaning är att vården inte alltid når de som har behov av hjälp och stöd. Missbruksutredningen bedömer att vården i dag endast når en av fem av de som har olika typer av beroendetilstånd relaterade till alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel. Personer som har ett riskbruk och som ännu inte har hunnit utveckla hälsomässiga eller sociala skador nås i ännu lägre utsträckning. Ökad tillgänglighet och en attraktivare vård, liksom tidig uppmärksamhet och intervention är därför viktiga utvecklingsområden, som även fortsättningsvis behöver uppmärksammas.

Missbruksutredningen har konstaterat att personer med missbruks- och beroendeproblematik alltför ofta upplever att de bemöts av en moraliserande attityd hos personalen eller att deras personliga integritet inte respekteras. Regeringen vill starkt betona att personer med missbruks- eller beroendeproblem ska ha samma ställning och tillgång till vård som andra grupper. Lika självklart är det att de omfattas av samma regler om kvalitet, kompetens och rätten till bra bemötande.

Två huvudmän med delvis gemensamt ansvar utgör en utmaning. Det finns risk att det gemensamma ansvaret innebär att ingen av huvudmännen tar ansvar för vissa delar av vården med hänvisning till den andra aktören. Dessutom behöver de båda huvudmännens insatser i många fall samordnas för att tillgodose individens behov utifrån ett helhetsperspektiv. Regeringen anser att de båda huvudmännen själva är bäst lämpade att lösa de utmaningar som två ansvariga huvudmän för med sig genom att utifrån lokala behov gemensamt avgöra hur verksamheten ska dimensioneras, uppgifter fördelas och samverkan säkerställas.

De åtgärder som regeringen föreslår i föreliggande proposition utgår från Missbruksutredningens analys av situationen inom missbruks- och beroendevården. Flera av de förslag som Missbruksutredningen lämnat i sitt slutbetänkande faller väl in i den inriktning som regeringen redan tidigare slagit fast i ANDT-strategin. Med föreliggande proposition vill regeringen ta ytterligare ett steg i denna riktning genom att skapa förutsättningar för en fortsatt positiv utveckling av området.

5 Fortsatt gemensamt, men tydligare ansvar och förstärkt samverkan

Regeringens bedömning: Landsting och kommuner bör ha ett fortsatt gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården. Det bör också införas förstärkta krav på samverkan mellan landsting och kommun.

Utredningens förslag: Utredningen föreslog att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen i vissa avseenden ska förändras så att landstinget ska ha ansvaret för all behandling, däri inbegripet psykosocial behandling, tillnyktringsverksamhet och abstinensvård i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Utredningen föreslog att bestämmelserna om

landstingens och kommunernas ansvar inom missbruks- och beroendevården ska införas i en ny lag. Utredningen föreslog även att huvudansvaret för förvaring och tillsyn vid polisens omhändertagande enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB), ska ligga hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården och att landstinget därmed svarar för att tillhandahålla och finansiera detta om inte annan lösning väljs genom samarbetsavtal med ett annat landsting och en eller flera kommuner.

Remissinstanserna: Remissinstanserna instämmer i stort med utredningens utgångspunkt, dvs. att huvudmännens ansvar behöver tydliggöras, men många är dock tveksamma till huruvida en huvudmannaskapsförändring vad gäller behandlingsansvaret är rätt lösning. Ett flertal remissinstanser har noterat att utredningens förslag om att samla all behandling hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården skulle medföra en mer medicinsk syn på missbruksproblematik. Bland andra *Vingåkers kommun*, *Svenska brukarföreningen*, *Famna* och *Sveriges läkarförbund* förutser att beroendevården kan bli mindre stigmatiserad och att vården därmed kan nå fler och även nå fler i en tidigare fas. Liknande argument framförs av ett flertal remissinstanser, som menar att synen på missbruk och beroende har förändrats och att människor i dag uppfattar detta som hälsoproblem och därför hellre vänder sig till hälso- och sjukvården för vård. *Socialstyrelsen*, *Statens folkhälsoinstitut* och *Svenska Läkaresällskapet* framhåller att beroendesjukdomar är diagnoser inom psykiatrins diagnossystem (DSM-IV och ICD-10) och att en överflyttning av behandlingsansvaret till landstinget ger bäst förutsättningar för den metodutveckling som pågår där neurobiologisk forskning, psykologisk forskning och folkhälsoforskning kombineras. Andra remissinstanser menar att utredningens förslag riskerar att medföra en alltför ensidig medicinsk syn på missbruksproblematik och behandlingsinsatser, vilket innebär att den helhetssyn som genomsyrar socialtjänstens arbete går förlorad med minskade sociala insatser som följd. Remissinstanserna framhåller att den medicinska behandlingen måste kombineras med psykosocialt behandlingsarbete och samtal/planering kring arbete, fritid och boendesituation. Remissinstanserna framför även farhågor om att effektivitetskrav inom hälso- och sjukvården kan leda till snabbare och billigare missbruksvård i form av medicinering och att långsiktigheten i vården därmed går förlorad, vilket framför allt kan komma att drabba de mest socialt utsatta personerna. Flera remissinstanser menar att förslaget om en överföring av behandlingsansvaret till hälso- och sjukvården sannolikt skulle gynna socialt etablerade personer, som ser hälso- och sjukvården som den naturligaste ingången för hjälp och stöd, men att personer som inte har samma förmåga att själva aktivt söka hjälp för sitt missbruk inte fångas upp på ett bra sätt.

Socialstyrelsen, *Länsstyrelsen i Skåne län*, *Vingåkers kommun* och *Överkalix kommun* förutser att utredningens förslag skulle innebära en mer rättvis och samstämmig missbruksvård över hela landet eftersom små kommuner omöjligt kan nå den bredd i utbud och kompetens som blir allt mer nödvändig för en evidensbaserad vård. Med en resurssamling på regional nivå ökar även förutsättningarna för ett diversifierat utbud av behandlingsinsatser. Samtidigt påpekar ett flertal kommuner, liksom *Sveriges Kommuner och Landsting*, *Statens institutionsstyrelse*

(SiS) och Förvaltningsrätten i Göteborg att personer med missbruk har särskilt svårt att göra sin röst hörd i prioriteringsdiskussioner och menar att den rättighetskonstruktion som finns inom socialtjänstlagen utgör ett nödvändigt skydd för denna grupp. De anser inte att det är en lämplig ordning att psykosocial behandling för denna grupp endast ska regleras inom ramen för en skyldighetslagstiftning.

Ett ofta anfört argument mot förslaget, är de nya avgränsningsproblem som kan uppstå mellan psykosociala stödinsatser och psykosociala behandlingsinsatser i den praktiska behandlingsverksamheten. Likaså menar flera remissinstanser att det kan uppstå svårigheter att avgöra vem som ansvarar för behandling och stöd till närstående. *Socialstyrelsen* konstaterar att ett stort antal öppenvårdsverksamheter bedriver verksamhet som inbegriper ett brett spektrum av insatser från båda dessa områden. Att försöka avgränsa eller separera dessa arbetsuppgifter från varandra är komplicerat. Ett flertal kommuner och landsting liksom *Sveriges Kommuner och Landsting*, *Akademikerförbundet SSR* och *Sveriges Socialchefer* ser även en risk för såväl kompetens- som omställningsförluster vid en förskjutning av behandlingsansvaret.

De mest frekvent förekommande alternativa lösningsförslagen handlar om att stimulera samverkan mellan huvudmännen t.ex. genom att upprätta integrerade verksamheter.

Utredningens förslag om att inrätta en ny lag om missbruks- och beroendevård avstyrks av majoriteten av remissinstanserna. Ett flertal remissinstanser menar att speciallagstiftning för enskilda områden urholkar nuvarande lagstiftning och gör tillämpning och gränsdragning svårare. I stället förordas att tillämpliga bestämmelser införs i socialtjänstlagen (2001:453) respektive hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Remissinstanserna tillstyrker eller har ingen erinran mot att insatser inom missbruks- och beroendevården ska ge stöd inte endast åt personer som missbrukar alkohol och narkotika utan också personer som missbrukar läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel.

När det gäller ändringar i LOB har majoriteten av remissinstanserna tillstyrkt eller lämnat förslaget utan erinran. De flesta landsting delar utredningens bedömning om att den medicinska säkerheten behöver stärkas, men att utökad åtagande för landstingen kräver finansiering.

Skälen för regeringens bedömning

Utredningen har föreslagit att den ansvarsmässiga lösningen för missbruks- och beroendevården skulle vara att samla ansvaret för behandlingsinsatser, inklusive psykosocial behandling, hos landstinget. Kommunen skulle enligt utredningens förslag även fortsättningsvis ansvara för sociala stödinsatser. Regeringen delar utredningens bedömning när det gäller behovet av ett tydligare ansvar för de olika delarna inom missbruks- och beroendevården. Den av utredningen föreslagna lösningen att flytta över behandlingsansvar till landstingen har vissa fördelar, men mot bakgrund av bl.a. det blandade remissutfallet anser regeringen att det inte är lämpligt att nu gå vidare med förslaget. I stället föreslås ett fortsatt gemensamt ansvar men med en tydligare ansvarsfördelning mellan landsting och kommun.

Regeringen ställer sig inte heller bakom utredningens förslag om att införa en ny lag för missbruks- och beroendevård.

Utredningens förslag om ändringar i LOB bereds för närvarande inom Regeringskansliet bland annat mot bakgrund av att regeringen föreslår att huvudmännen även fortsättningsvis ska ha ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården.

Nuvarande lagstiftning

De flesta personer med missbruk eller beroende av alkohol eller andra beroendeframkallande medel som erbjuds eller beviljas medicinska eller sociala insatser får dessa frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) och socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). Både HSL och SoL är målinriktade ramlagar. Dessa lagar innehåller övergripande mål och ramar för verksamheten, men är inte detaljerade. Skälet för detta är bland annat att huvudmännen utifrån det kommunala självstyret ska ha en viss frihet att utforma insatserna utifrån lokala och regionala behov.

Kommunen har enligt 2 kap. 1 § SoL ansvaret för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Enligt 3 kap. 7 § SoL ska socialnämnden arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Socialnämnden ska genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Socialnämnden ska aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden ska i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs (5 kap. 9 § SoL).

Med hälso- och sjukvård i HSL avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (1 §). Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2 §). Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada (2 c §). Landstinget har en generell skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård för bland andra dem som är bosatta i landstinget (3 §).

Enligt 2 a § tredje stycket HSL ska varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Efter den medicinska bedömningen ska insatser erbjudas utifrån de av riksdagen fastställda riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (jfr. prop. 1996/97:60), vari bl.a. ingår fyra prioriteringsgrupper. I den första gruppen ingår bland annat vård av livshotande sjukdomar och vård av svåra kroniska sjukdomar. I den andra gruppen ingår prevention, rehabilitering och habilitering. Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar ingår i grupp tre medan den sista gruppen omfattar vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Personer med missbruk eller beroende tillhör inte explicit någon grupp. Deras vårdbehov kan, som för personer med andra sjukdomar och skador, variera över tid, vilket innebär att de under olika stadier kan hamna i olika prioriteringsgrupper. Exempel på insatser som en person med missbruk eller beroende kan få inom hälso- och sjukvården är abstinensvård, somatisk vård, psykiatrisk vård samt läkemedelsassisterad behandling.

En person med missbruk eller beroende har enligt HSL inte någon uttrycklig rätt till hälso- och sjukvårdsinsatser till skillnad från insatser enligt SoL (se nedan). I stället har sjukvårdshuvudmännen och personalen vissa skyldigheter enligt HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659). Möjlighet att överklaga till domstol finns endast för vissa beslut om tvångsvård. Valet av insats ska bestämmas i samråd med den enskilde. I vissa fall har den enskilde rätt till förnyad medicinsk bedömning (second opinion). När det finns flera behandlingsalternativ som uppfyller kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten enligt 3 a § HSL erbjudas möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar om det med hänsyn till bland annat kostnaderna framstår som befogat.

Inom socialtjänstens område gäller enligt 4 kap. 1 § SoL att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv. Detta innebär att den enskilde har uttalade rättigheter och att beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol (se 16 kap. 3 § SoL). Socialnämnden får enligt 4 kap. 2 § SoL också ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § om det finns skäl för det, till exempel rådgivning. Om ett sådant bistånd sökts, prövats och avslagits får talan mot beslutet föras endast enligt regler om laglighetsprövning.

Rätten till bistånd utgår från den enskildes behov och förutsätter i allmänhet att den enskilde gör en ansökan till socialnämnden, varefter nämnden utreder hjälpbehovet. Nämnden är enligt 11 kap. 1 § SoL emellertid skyldig att utreda ett hjälpbehov även utan en ansökan, om nämnden får kännedom om att det kan bli aktuellt att vidta åtgärder.

Skillnader över landet när det gäller hur landsting och kommuner tolkar sitt ansvar

Den övergripande regleringen av huvudmännens ansvar har enligt utredningen resulterat i att kommuner och landsting i dag tolkar uppdraget mycket olika. Utredningen menar att den faktiska ansvarsfördelningen styrs av hur landstinget har valt att tolka eller prioritera sitt ansvar. Enligt utredningen beror det sannolikt på att SoL ger kommunen ett tydligt ansvar för att verka för att den enskilde får den hjälp och det stöd han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket, till skillnad från HSL, som ger landstinget ett generellt ansvar att erbjuda god hälso- och sjukvård.

Kommuner och landsting har olika formella möjligheter att erbjuda behandling. Båda huvudmännen kan enligt lagstiftningen erbjuda psykosocial behandling. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL

omfattar dock inte vård som meddelas av läkare, exempelvis läkemedelsbehandling och andra av läkare ledda utrednings- och behandlingsinsatser. Personer med missbruk eller beroende av läkemedel och dopningsmedel hanteras dock huvudsakligen inom hälso- och sjukvården. De olika formella möjligheter kommunen och landstinget har att erbjuda behandling, i kombination med olikheterna i hur kommunerna och landstingen definierar sitt faktiska ansvar, har lett till att vårdbehov bedöms enligt olika principer och insatser erbjuds enligt olika lagstiftningar beroende på var i landet en person är bosatt. Så länge varje individ får tillgång till ett attraktivt utbud av insatser av god kvalitet utifrån sina behov utgör detta nödvändigtvis inte ett problem. Men om det gemensamma ansvaret i praktiken innebär att ingen tar ansvar för vissa insatser och dessa inte kommer till stånd på grund av oenighet om finansieringen är det inte acceptabelt.

Behandling för riskbruk, missbruk och beroende är en uppgift för båda huvudmännen

I det följande anför regeringen de skäl som talar för att landsting och kommuner ska ha fortsatt gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården.

Det är framför allt den psykosociala behandlingen som berörs av utredningens förslag till ansvarsförändring. Psykosocial behandling kan, som framgår ovan, i dag ges av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det är med andra ord en behandlingsform som kan ingå i båda huvudmännens ”verktygslåda”, även om det i dag främst är socialtjänsten som tillhandahåller denna typ av behandling.

Det finns enligt regeringens bedömning skäl för att denna typ av behandling även fortsättningsvis ska kunna erbjudas av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. För socialtjänstens del är det sannolikt svårt att i praktiken skilja mellan psykosocial behandling och det psykosociala stöd som socialtjänsten erbjuder. Det är därför viktigt att socialtjänsten även fortsättningsvis kan tillhandahålla psykosocial behandling. Den kan innehålla återfallsprevention, men även kombineras med sociala stödinsatser i form av sysselsättning, boendestöd och ett långsiktigt motivationsarbete för att upprätthålla en förändrad livsstil. Socialtjänsten bör även kunna erbjuda psykosocial behandling i anslutning till sitt uppsökande arbete för att nå personer i en socialt utsatt situation liksom ungdomar och unga vuxna.

Hälso- och sjukvården tillhandahåller redan i dag behandling och stödinsatser för riskbruk, missbruk- och beroende, vilka kan ges i form av specialiserad beroendevård och i form av tidiga insatser bl.a. inom primärvården. Hälso- och sjukvården har breda kontaktytor gentemot befolkningen, och har därför stora möjligheter att identifiera riskbruk, missbruk och beroende. Även hälso- och sjukvården ska därför kunna erbjuda psykosociala behandlingsinsatser inom ramen för behandlingen av missbruk och beroende. För att medicinsk behandling ska bli effektiv behöver den ofta kombineras med psykosociala behandlingsinsatser, vilket talar för att denna samlade kompetens bör finnas inom hälso- och sjukvården.

Riskbruk, missbruk och beroende är tillstånd där orsaker och skadeverknin­gar kan vara såväl sociala, psykiska som somatiska. Dessutom är problematiken ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. Detta är i och för sig inte unikt för just detta område, men få andra områden präglas av detta i så hög grad som missbruks- och beroendområdet, vilket innebär att missbruks- och beroendevården omfattar ett brett spektrum av vård- och stödinsatser, vilka faller inom både det sociala och det medicinska området. Insatserna omfattar t.ex. motivationsarbete, återfallsprevention, specialiserade behandlingsinsatser, uppsökande arbete, som i vissa fall kombineras med övrigt socialt stöd och stöd till närstående. Regeringen vill därför fram­hålla att både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga upp­gifter som ska värderas likvärdigt och samordnas i ett välfungerande vård- och stödsystem som utgår från individernas olika behov och önskemål.

Det har under lång tid observerats att huvudmännens gemensamma ansvarstagande ibland brister, vilket skapar samordnings- och kontinui­ tetsproblem. Det kan i värsta fall drabba individen i form av utebliven insats. Inte sällan hänvisas den enskilde i behov av hjälp till både kom­ munen och landstinget utan att någon av de två huvudmännen tar ett tydligt, samlat behandlingsansvar.

Regeringen har övervägt att i lagstiftning tydliggöra respektive huvudmans ansvar, men bedömt att det inte är en lämplig väg. Skälen är dels att både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen är ramlagar som inte i detalj reglerar specifika insatser, utan ger möjlighet för huvudmännen att anpassa sin verksamhet utifrån lokala behov. Dessutom finns risk för nya gränsdragningsproblem mellan t.ex. psykosociala behandlingsinsatser och sociala stödinsatser. Regeringen bedömer därför att de båda huvudmännen själva är bäst lämpade att utifrån sina lokala behov gemensamt avgöra hur verksamheten ska dimensioneras, uppgifter fördelas och samverkan säkerställas. För att säkerställa kontinuitet inom missbruks- och beroendområdet bör uppmärksammas att samverkan även kan behöva inkludera andra aktörer, t.ex. Kriminalvården där sam­ verkan i enlighet med normaliseringsprincipen kan vara en förutsättning för att åstadkomma samordnade insatser och fungerande vårdkedjor.

5.1 Överenskommelser om samarbete

Regeringens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänst­ lagen införs bestämmelser om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om ett samarbete med varandra i fråga om perso­ ner som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer och deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningen föreslog också att landsting som har en kriminalvårdsanstalt inom sitt område ska ingå ett avtal med Kriminalvården om samarbete i fråga om insatser för intagna som har problem med missbruk. Utredningens förslag om överenskommelser om samarbete finns i 8 § förslag till lag om missbruks- och beroendevård.

Remissinstanserna: Den övervägande majoriteten av remissinstanser instämmer i eller har inte haft något att invända mot utredningens förslag om överenskommelser mellan huvudmännen. *Sveriges Kommuner och Landsting* menar att överenskommelser mellan huvudmännen utgör ett viktigt redskap för bättre kvalitet i missbruks- och beroendevården. *Botkyrka kommun, Lessebo kommun* och *Upplands Väsby kommun* menar att stärkt krav på samverkan är bra och att reglera upprättande av överenskommelser i lagstiftningen är en god intention. Kommunerna ser dock en risk att överenskommelserna blir alltför övergripande om det inte framgår vad som ska regleras. *Västernorrlands läns landsting* föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram en tydlig vägledning för hur aktörer på lokalplanet ska arbeta med lokala överenskommelser. I detta sammanhang lyfter *Borgholms kommun* och *Östergötlands läns landsting* fram att samverkan mellan huvudmännen i form av t.ex. integrerade enheter bör premieras och de framhåller de goda exempel som redan finns. *Härnösands kommun* lyfter fram vikten av att ansvaret för personer med samsjuklighet tydliggörs hos respektive huvudman. Kommunen menar vidare att utvecklingsarbetet ”Kunskap till praktik” har gett både kommuner och landsting en ökad kompetens samt förutsättningar för ett bättre samarbete, vilket även framhålls av *Västerbottens läns landsting*. Landstinget framhåller vidare att utredningens förslag om överenskommelser mellan landstinget och kommunerna i landstingsområdet delvis redan genomförts genom ”Kunskap till praktik” men kan förstärkas ytterligare för att underlätta för personer i behov av behandling och stöd. *Förvaltningsrätten i Malmö* befarar att en lagreglering om att kommunerna och landstingen ska ingå överenskommelser blir svårtillämpad eftersom en sådan reglering bygger på tvång. Förvaltningsrätten ställer också frågan om vad som sker om samarbetsavtal inte ingås.

En övervägande majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inte haft någon erinran mot förslaget om att organisationer ska ges möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelserna. *Lunds kommun* ser positivt på förstärkta krav på brukarinflytande, men pekar på svårigheter att skapa praktiska förutsättningar för att realisera lagens intentioner. Även *Norrköpings kommun* ser positivt på förslaget, men påpekar att en del brukarorganisationer saknar lokala organisationer som har kraft att medverka i enlighet med förslaget. *Lunds universitet* hade önskat att utredningen tagit ett steg längre och gett brukare och brukarorganisationer formellt inflytande i stället för en rådgivande roll. De ser också behov av att ange kriterier för när en organisation kan anses företräda brukare liksom att anhöriga och närstående är en grupp som också bör ges denna möjlighet till inflytande. *Dalarnas läns landsting* efterlyser idéer om finansiering och kompetens för att klara utredningens förslag. Även *Rainbow Sweden* anser att brukarmedverkan kräver utbildning för dem som ska bidra med klient/brukarperspektivet i diskussionen med de professionella vårdgivarna. *Jönköpings kommun* och *Örebro läns landsting*

tillämpar redan i dag olika former av brukarinflytande såsom brukarenkäter och strukturerad brukarsamverkan. *Verdandi* ser stärkt brukarinflytande som en av de viktigaste komponenterna i en kvalitetsutveckling av missbruks- och beroendevården. De anser att det är viktigt att stödet konkretiseras i strukturer för samverkan, informationsutbyte och påverkansmöjligheter, men också ekonomiska resurser. De menar att det är en viktig grundprincip att brukarmedverkan har ett värde och att även denna expertis ersätts på samma sätt som andras medverkan. Därför behövs också regelförändringar som gör det möjligt för alla brukarrepresentanter att ta emot ersättning för deltagande i brukarråd och brukarrevision utan att försörjningsstöd och liknande reduceras.

Skälen för regeringens förslag

Överenskommelser om samverkan

Ovan har regeringen anfört skälen för att kommuner och landsting även framgent ska ha ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården, men att respektive huvudmans ansvar för de olika uppgifterna i vård- och stödprocessen behöver tydliggöras. Av remissvaren framgår också att både kommuner och landsting ser nödvändigheten av ett förbättrat samarbete. Det framgår också att det finns en acceptans för ett tydligare regelverk om samarbetsformer.

Regeringen föreslår mot denna bakgrund att landstingen och kommunerna ska ingå överenskommelser i fråga om insatser för personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel. Överenskommelserna ska omfatta även de personer som vårdas i enskild verksamhet som kommuner och landsting har slutit avtal med i enlighet med 3 § HSL och 2 kap. 5 § SoL.

En skyldighet i lag att ingå överenskommelser tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar på området, utan att staten i detalj föreskriver hur det ska genomföras eller vilka verksamheter som ska bedrivas. Det kan därför sägas vara en styrform som väl balanserar kravet på att medborgarna ska garanteras strukturer som gör att deras behov av helhetslösningar kan tillgodoses, mot vikten av att vården och stödet utformas utifrån de lokala och regionala förutsättningarna.

En lagstadgad skyldighet måste emellertid vägas mot respekten för det kommunala självstyret. Samtidigt kan det inom missbruksområdet konstateras att utan samverkan är det svårt för kommuner och landsting att ta sitt ansvar fullt ut. Regeringen anser därför att behovet av lagreglerad skyldighet att ingå överenskommelser väger tyngre än den inskränkning i det kommunala självstyret som detta innebär. Det finns heller inget lämpligt alternativ, som är mindre ingripande i det kommunala självstyret, som skulle kunna ersätta en skyldighet att ingå överenskommelser. Förslaget är dessutom en ringa inskränkning i det kommunala självstyret i förhållande till vad som redan gäller inom detta område. En skyldighet i lag att ingå överenskommelser innebär också att tillsynsmyndigheten i sin tillsyn kan kontrollera att överenskommelser ingås mellan kommun och landsting.

Med utgångspunkt från det perspektiv som personer som missbrukar beroendeframkallande medel och deras närstående har, är det viktigt att

det finns överenskommelser som tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Skyldigheten att ingå överenskommelser syftar till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser för människor som missbrukar beroendeframkallande medel. Överenskommelser behövs även för yrkesverksamma inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, särskilt i frågor där det kan uppstå konflikter.

För att överenskommelserna ska få verklig betydelse för medborgarna, för det praktiska arbetet i kommuner och landsting och för verksamheternas resurser och inriktning, krävs överenskommelser som innehåller gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper. På så sätt kan förtroendevalda och andra beslutsfattare skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning, vilket är till nytta både för medborgarna och för verksamheternas ekonomi. Personer med behov av missbruks- och beroendevård, som är eller ska bli föremål för kriminalvård eller tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) skulle kunna vara sådana grupper. Överenskommelserna skulle t.ex. kunna innefatta samverkan med andra aktörer t.ex. Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS) samt strukturer för hur sådan samverkan lämpligen bör ske. En annan grupp skulle kunna vara personer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom.

Ett antal landsting och kommuner har i sina remissvar framfört att man redan i dag har ingått överenskommelser inom ramen för det gemensamma utvecklingsarbete som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har bedrivit sedan 2008 i syfte att stödja kvalitetsutvecklingen inom missbruks- och beroendevården. År 2012 hade 18 län träffat skriftliga överenskommelser på regional nivå, i vilka de tydliggjort vem som ansvarar för vad och hur samverkan ska gå till mellan huvudmännen. Dessa styrdokument hade i sin tur hittills hunnit brytas ned i drygt 133 kommuner. Kommuner och landsting som redan etablerat ett formaliserat samarbete kring personer med missbruksproblem och därmed redan har ingått överenskommelser om samverkan för målgruppen behöver med anledning av detta förslag inte träffa några överenskommelser därutöver.

Sedan 1 januari 2010 har landsting och kommuner en skyldighet att ingå överenskommelser om sitt samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning (prop. 2008/09:193). Huvudmännen har således redan erfarenheter av att ingå överenskommelser som kan vara värdefulla att ta till vara. Likaså skulle det kunna vara lämpligt att överenskommelserna i lämpliga delar samordnas.

Regeringen anser att bestämmelserna om överenskommelser om personer som missbrukar olika medel bör utformas på ett motsvarande sätt som överenskommelserna som i dag gäller i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning i 8 a § HSL och 5 kap. 8 a § SoL.

Alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel

Utredningens analys av missbrukssituationen i Sverige visar att det finns cirka 330 000 personer med alkoholberoende, 29 500 personer med tungt

narkotikamissbruk, 65 000 personer med läkemedelsberoende och 10 000 frekventa användare av dopningsmedel. Uppgifterna bekräftar att alkohol är det mest omfattande problemet, men understryker också vikten av att missbruks- och beroendevården kan ge vård, behandling och stöd åt personer med missbruk eller beroende av läkemedel respektive dopningsmedel. För personer med läkemedelsberoende finns i dag särskilt utformad specialiserad vård endast på några få platser och då inom ramen för hälso- och sjukvården. Detta trots att vårdbehoven är betydande. För personer med missbruk av dopningsmedel är utbudet av vård än mer begränsat. Dessutom är blandmissbruk vanligt förekommande.

Utredningens analys visar också att utbudet av insatser inom missbruks- och beroendevården i första hand är begränsat till att möta behoven hos personer med alkohol- eller narkotikaproblem. Det förekommer även missbruk av andra medel som kan skada en persons hälsa eller sociala situation och som innebär behov av vård, behandling och stöd. Regeringen föreslår därför att överenskommelserna, i likhet med utredningens förslag, uttryckligen ska omfatta personer som missbrukar alkohol, narkotika, dopningsmedel eller läkemedel. I utredningens förslag angavs också att liknande medel uttryckligen skulle omfattas. Regeringen anser att begreppet liknande medel är för vagt och föreslår att begreppet beroendeframkallande medel ska användas. Detta begrepp används redan i lagstiftningen, t.ex. i HSL, SoL och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om unga.

Statens folkhälsoinstitut och *Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)* har i sina remissvar anført att huvudmannskapsfrågan för spelberoende bör följa det som gäller för övrigt missbruk. Regeringen ser, liksom remissinstanserna, ett behov av att tydliggöra ansvaret för insatser och behandling mot spelberoende liksom behov av fortsatt stöd till kunskapsutveckling, förebyggande arbete och utveckling av vårdinsatser. I juni 2012 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att lämna förslag på hur stöd till personer med spelberoende kan stärkas. Socialstyrelsen ska lämna sin rapport 31 maj 2013 (S2012/4384/FST).

Som nämnts ovan (se avsnitt 5) föreslog utredningen en ny lag om missbruks- och beroendevård. Det föreslogs att insatser inom missbruks- och beroendevården skulle syfta till att ge vård, behandling och stöd åt människor som genom sin användning av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel riskerar att skada sin hälsa eller sociala situation. Som tidigare redogjorts för föreslår regeringen inte någon förändrad ansvarsfördelning mellan huvudmännen och inte heller någon ny lag. Utredningen föreslog också s.k. följdändringar i andra lagar där alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel uttryckligen räknades upp. Dessa ändringar rör paragrafer som handlar om specifika bestämmelser av olika slag, t.ex. ersättning, barns behov av information, råd och stöd och sekretess. Flera av dessa ändringar utgör dessutom ändringar i sak och är inte enbart följdändringar. Utredningen redogör inte för konsekvenserna av dessa ändringar. Med anledning av att dessa följdändringar handlar om annat än om samarbetet mellan kommunen och landstinget gör regeringen bedömningen att inga s.k. följdändringar ska genomföras. I detta sammanhang kan också nämnas att lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga är föremål för en översyn (dir. 2012:79).

Exempel på överenskommelsernas innehåll

Utredningen bedömde att både hälso- och sjukvården och socialtjänsten mer systematiskt bör uppmärksamma riskbruk, missbruk eller beroende för att möjliggöra tidiga insatser. Utformningen av ett sådant systematiskt arbete och rutiner för personer med behov av ytterligare insatser kan med fördel ingå i överenskommelserna.

I SoL och HSL är inte ansvaret för tillnyktringsverksamhet eller abstinensvård närmare reglerat. Utvecklingen innebär dessutom att gränsen mellan tillnyktringsverksamhet och abstinensvård håller på att upplösas. I praktiken råder det framför allt oklarhet om vilken huvudman som har eller bör ha ansvaret för att erbjuda ändamålsenlig tillnyktringsverksamhet och på många håll råder brist på sådan verksamhet, vilket drabbar den enskilde i behov av hjälp. Såsom *Gävleborgs läns landsting* och *Norrbottnens läns landsting* har påpekat, bör huvudmännen själva avgöra hur denna verksamhet organiseras, gärna i samverkan med polisen, Kriminalvården och SiS. Regeringen anser därför att dimensionering, organisering och samverkan med berörda aktörer när det gäller tillnyktring och abstinensvård inklusive de personer som omhändertas enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer (LOB) lämpligen skulle kunna avgöras inom ramen för de lokala överenskommelserna.

Ett annat exempel som kan behöva regleras är behandlingsprogram som inkluderar behandlingsinsatser från landstinget och stödinsatser från kommunen, till exempel program för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Det kan också vara angeläget att överenskommelserna anger hur behandlings- och stödinsatser ska organiseras och tidsmässigt samordnas samt vilken huvudman som ska ansvara för vad. Likaså skulle tidsgränser i form av lokala vårdgarantier kunna fastställas inom ramen för överenskommelserna (se avsnitt 6).

Det är också angeläget att det finns rutiner för att hänvisa personer inom och mellan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika verksamhetsområden. En grupp där samordnade insatser är av stor vikt, är personer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom. För att gemensamt kunna upprätta en individuell plan enligt 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL för de personer som behöver insatser från både kommunen och landstinget, är det också viktigt att ha rutiner för överföring av information med beaktande av gällande sekretessbestämmelser. Utredningen bedömde att innehållet i missbruks- och beroendevården bör anpassas för olika målgrupper och att fler målgruppspecifika insatser bör utvecklas. Det kan exempelvis gälla barn och ungdomar med eget missbruk eller som lever i en familj där det finns missbruk, gravida kvinnor, våldsutsatta kvinnor, personer med funktionsnedsättning och personer med utländsk bakgrund. Det handlar både om att utveckla behandlingsmetoder utifrån olika målgruppers behov och att organisera verksamheten för att på bästa sätt möta olika målgrupper.

Det kan också finnas skäl för en eller flera kommuner och landsting att utveckla gemensamma verksamheter, till exempel i form av beroendecentrum, ungdomsteam i form av s.k. Mini Maria eller gemensam nämnd för missbruks- och beroendevård. Integrerade team kan även innefatta andra aktörer såsom Kriminalvården. Ett exempel är ITOK (integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter), med uppdrag att utreda

och inleda behandling av opiatberoende klienter redan under verkställigheten av en kriminalvårdspåföljd. Flertalet kommuner och landsting har i sina remissvar framhållit vikten av att utveckla integrerade enheter med tvärprofessionell kompetens som bedrivs gemensamt av landsting och kommun/er.

Regeringen vill slutligen poängtera vikten av lättillgänglig information om hur missbruks- och beroendevården är organiserad lokalt och hur man som enskild individ kommer i kontakt med rätt vårdgivare för olika typer av tillstånd. Det kan exempelvis handla om information om målgruppsanpassade mottagningar för kvinnor, unga eller för personer med ett läkemedelsberoende.

Brukarorganisationernas inflytande

Regeringen vill betona idéburna organisationers viktiga roll som utförare av vård-, behandlings- och stödinsatser samt som samrådspart i utveckling av verksamheten. Det finns en allmän uppslutning bland politiker och brukare om att brukarinflytandet bör förstärkas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta gäller också i hög grad missbruks- och beroendevården. Förstärkt brukarinflytande och utveckling av former för att tillvarata brukares erfarenheter och kunskaper är även ett mål i regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken för perioden 2011–2015.

Det finns särskilda förhållanden inom missbruksområdet som understryker vikten av brukarinflytande. Många patienter och klienter med missbruk eller beroende har långvarig kontakt med vården och därmed mer omfattande erfarenheter och kunskaper om vården jämfört med många andra patient- och klientgrupper. Samtidigt har patienter och klienter med missbruk eller beroende ofta lägre status i vården och därmed sämre möjligheter att hävda sina rättigheter på individuell nivå. Det finns sålunda mycket att vinna på att utveckla effektiva former för brukarinflytande för att ta till vara patienternas och klienternas erfarenheter och kunskaper i arbetet med att utveckla vården.

Mot denna bakgrund anser regeringen att organisationer som företräder personer som missbrukar beroendeframkallande medel och deras närstående bör ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna. Detta innebär dock inget krav på att organisationerna ska godkänna överenskommelsernas innehåll. Samarbetet bör ske när det är möjligt och det är viktigt att landstingen och kommunerna anstränger sig för att få till stånd en fungerande och långsiktig samverkan med brukarorganisationer.

5.1.1 Stöd till genomförande av överenskommelserna

Regeringens bedömning: Huvudmännen bör erbjudas ett ändamålsenligt stöd i arbetet med att ta fram och följa upp överenskommelserna.

Utredningen har inte lämnat något förslag i denna del.

Skälen för regeringens bedömning: De kommuner och landsting som kommenterat utredningens förslag om överenskommelser ställer sig, som

redovisats ovan, positiva till förslaget. *Botkyrka kommun, Lessebo kommun* och *Upplands Väsby kommun* menar att överenskommelserna måste anpassas till varje enskilda kommuns omständigheter gällande storlek, egen verksamhet och hur frivilligorganisationer arbetar. *Västernorrlands läns landsting* föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram en vägledning för hur aktörer på lokalplanet ska arbeta med överenskommelser. *Västerbottens läns landsting* lyfter fram de positiva erfarenheterna från utvecklingsarbetet Kunskap till praktik, som är ett samarbete mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting för att utveckla missbruks- och beroendevården. De framhåller att just tydliggörande av ansvarsfördelning, strukturer och rutiner är viktiga delar i utvecklingsarbetet och att utredningens förslag om överenskommelser mellan landstinget och kommunerna i landstingsområdet delvis är genomförda, men kan förstärkas ytterligare med förslaget.

Kunskap till praktik har inneburit att det i 18 län finns samverkansöverenskommelser mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, vilka omfattar totalt 133 kommuner. Erfarenheterna från Kunskap till praktik visar att överenskommelserna utgör ett viktigt verktyg för förbättrad samverkan lokalt. Erfarenheterna pekar också på vikten av att återkommande följa upp och revidera överenskommelserna allt eftersom nya behov och förbättringsområden identifieras.

En utvärdering som Statskontoret genomfört visar att arbetet inom Kunskap till praktik fungerar väl och Statskontoret framhåller särskilt de överenskommelser som finns lokalt och som tydliggör ansvarsfördelningen på olika nivåer. I länen finns även gemensamma styrgrupper liksom regionala processledare som genom direktkontakter med verksamheterna stödjer utvecklingen. Metoder för brukarmedverkan utgör också en viktig del av utvecklingsarbetet. Regeringen bedömer sammantaget att Kunskap till praktik utgör en viktig resurs i den fortsatta utvecklingen av missbruks- och beroendevården. Utredningen har inte lämnat något förslag om stöd till huvudmännen i deras arbete med att ta fram och följa upp överenskommelserna. Däremot har behovet av stöd framförts av ett antal remissinstanser. Regeringen avser därför att i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting och utifrån huvudmännens behov, utforma ett ändamålsenligt stöd avseende överenskommelsernas innehåll, utformning och uppföljning liksom hur andra aktörer, t.ex. Kriminalvården, SiS och organisationer som företräder brukare och deras närstående kan involveras i detta arbete. Goda exempel på samverkan med andra aktörer bör tas tillvara och strukturer och modeller för sådan samverkan spridas i syfte att möta olika grupperns specifika behov.

5.1.2 Uppföljning av överenskommelserna

Regeringens bedömning: För att säkerställa att överenskommelserna leder till förbättringar för den enskilda individen bör de följas upp.

Utredningen har inte lämnat något förslag i denna del.

Skälen för regeringens bedömning: Insatser inom socialtjänsten ska enligt 3 kap. 3 § SoL vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsen

har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Dessa innebär bl.a. att det ska säkerställas att det finns rutiner som tydliggör ansvaret för samarbete, både det externa och det interna och att det ska finnas rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp. Vidare föreskrivs att det systematiska kvalitetsarbetet ska omfatta metoder för uppföljning och utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling. De erfarenheter som gjorts i samband med uppkomna fel och brister ska utgöra ett underlag för det systematiska kvalitetsarbetet.

Enligt 2 a § första stycket HSL ska hälso- och sjukvården bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bl.a. innebär att vården ska vara av god kvalitet, och enligt andra stycket ska olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Enligt 31 § HSL ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivarna inrätta ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Kvalitetsarbetet ska bl.a. utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp. Enligt samma föreskrifter ska vårdgivaren fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet och kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Ledningssystemet ska bl.a. omfatta samarbete kring vården av enskilda patienter, och samverkan mellan olika yrkesgrupper, funktioner, verksamheter m.m. Kommunernas och landstingens kvalitetsuppföljning av den egna verksamheten omfattar givetvis uppföljning av överenskommelserna och att dessa fungerar som det är tänkt.

Förutom de kvalitetsuppföljningar som kommunerna och landstingen redan i dag är skyldiga att göra avser regeringen att följa upp huvudmännens genomförande av överenskommelserna. Utredningen har inte lämnat något förslag i denna del. Regeringen bedömer däremot att det, utöver den statliga tillsynen, finns behov av att följa upp hur de lokala överenskommelserna mellan landsting och kommuner påverkar tillgänglighet, samordning och kvalitet på insatser, inklusive effekter av eventuella lokala vårdgarantier inom ramen för dessa. Regeringen vill i detta sammanhang särskilt framhålla vikten av att analysera hur de personer som behöver samordnade insatser av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården eller av olika delar av hälso- och sjukvården, får sina behov tillgodosedda. En sådan grupp är personer med missbruk eller beroende och samtidigt psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet). Analysen bör även omfatta om och i så fall hur andra aktörer t.ex. Kriminalvården och SiS och organisationer som företräder brukare har involverats i framtagning av överenskommelserna.

6 Tillgänglighet och bemötande

Regeringens bedömning: Personer med missbruks- eller beroende-problem bör ha samma ställning och tillgång till hälso- och sjukvård som andra patientgrupper, liksom få sina behov tillgodosedda inom socialtjänsten på samma sätt som andra klientgrupper.

Utredningens förslag: Utredningen föreslog en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk eller beroende. Enligt förslaget ska landstingen vara skyldiga att tvärprofessionellt utreda och inleda behandling inom senast 30 dagar från den dag en patient söker specialiserad vård för missbruks- eller beroendeproblem eller på annat sätt uppmärksammas inom hälso- eller sjukvården eller socialtjänsten. Akuta behov ska tillgodoses genast. Om landstinget inte inom 30 dagar eller annan längre tidsfrist som överenskommit med den enskilde inleder beslutad behandling ska den enskilde ha rätt att få denna utförd av någon annan. Landstinget ska då vara skyldigt att ersätta skäligena kostnader för utförda insatser. Utredningen föreslog också att kommunen ska erbjuda dem som behöver psykosociala insatser på grund av sitt missbruk eller beroende en garanti för att en individuell plan ska upprättas inom senast 30 dagar från den dag en klient söker psykosocialt stöd eller att behov av stöd uppmärksammas på annat sätt inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Utredningen föreslog även att den förstärkta vårdgarantin ska följas upp av tillsynsmyndigheten för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Remissinstanserna: Det finns en stor konsensus bland remissinstanserna om att det är en självklarhet att personer med riskbruk, skadligt bruk eller beroende av alkohol eller andra droger ska ha samma ställning och tillgång till vård som andra patientgrupper, liksom omfattas av samma regler om kvalitet och kompetens och rätten till gott bemötande. En stor andel av remissinstanserna har kommenterat förslaget om förstärkt vårdgaranti och åsikterna fördelar sig relativt jämnt mellan dem som tillstyrker och dem som avstyrker.

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag, men menar att en stärkt ställning för individen bör ge den enskilde tolkningsföretråde i fråga om sitt eget behov av vård och behandling. *Riksdagens ombudsmän (JO)* konstaterar att förslaget förefaller innebära en försämring av den enskildes ställning i förhållande till det inflytande över valet av vård som den enskilde har enligt de nu gällande bestämmelserna i socialtjänstlagen. *Lunds universitet* och *Malmö högskola* påpekar att det inte framgår hur vårdgarantin, som en social rättighet som tillkommer den enskilde, ska säkerställas eftersom det inte finns möjlighet att överklaga en insats som individen anser sig behöva men som vårdgivaren inte anser är skälig. Garantin bör därför även innebära att den enskilde i största möjliga utsträckning har rätt att, inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet, själv välja sin behandling. *Ale kommun* undrar vad som händer om personen som söker vård inte är överens med läkarens bedömning.

Kriminalvården, Malmö högskola, Värmlands läns landsting, RFHL och *RSMH* förordar en kortare tidsfrist ur ett motivationsperspektiv medan *Halmstads kommun, Botkyrka kommun* och *Upplands Väsby kommun* menar att det är svårt att genomföra en tvärprofessionell utred-

ning med god kvalitet och återkoppla till den enskilde samt påbörja insats inom 30 dagar, särskilt för personer som har svår problematik.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) delar bedömningen att det är angeläget att individens ställning och rättigheter stärks inom missbruks- och beroendevården och att en förstärkt vårdgaranti för hälso- och sjukvården kan bidra till detta. Förbundet är dock tveksamt till lämpligheten att lagstifta om en särskild garanti för en specifik grupp. Den generella lagtekniska lösning avseende vårdgaranti som redan finns i hälso- och sjukvården är mer välvägd. Förbundet förespråkar därför en lösning inom ramen för gällande lagstiftning, kompletterad med en överenskommelse mellan regeringen och SKL om formerna för en förstärkt vårdgaranti för den berörda gruppen. Denna synpunkt delas av ett flertal landsting. *Östergötlands län landsting, Örebro läns landsting, Dalarnas läns landsting, Sörmlands läns landsting* och *Västerbottens läns landsting* menar att missbruks- och beroendeproblem ska bedömas och prioriteras på samma sätt som andra sjukdomstillstånd.

Länstyrelsen Dalarnas län menar att tidigare försök med förstärkt vårdgaranti har lett till manipulering av köerna på olika sätt. *Stockholms kommun* och *Ekerö kommun* ser en risk i att personer erbjuds ”lättillgängliga” insatser som inte alltid är anpassade efter individuella behov. Även *Västernorrlands läns landsting* lyfter fram erfarenheter från länets barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och beroendemedicinska enhet, som visar att en vårdgaranti kan urholka kvalitet i behandling, resultera i färre besök och bristande kontinuitet eftersom man för att klara vårdgarantin justerar sin arbetsbörda genom minskat antal insatser per patient.

Karolinska universitetssjukhuset, Ale kommun, Malmö kommun, Västerås kommun och *Nätverket Dubbeldiagnoser* menar att vårdgarantin framför allt kan komma att gynna personer som aktivt söker hjälp för sitt missbruk eller beroende, medan det är tveksamt vilken betydelse garantin kommer att få för personer med vacklande motivation och komplex problematik.

När det gäller uppföljning anser *Myndigheten för Vårdanalys* att det är av stor vikt att det förutom Socialstyrelsens tillsyn, genomförs analys och uppföljning. *Läkarförbundet* ser en risk med att utredningens förslag inte skulle innebära förbättrade förhållanden för de allra mest utsatta missbrukarna och framhåller därför vikten av att denna grupp måste uppmärksammas i uppföljningen. *Sveriges Kommuner och Landsting* menar att uppföljningen av vårdgarantin bör ske enligt nuvarande modell, med uppföljning av Sveriges Kommuner och Landsting, snarare än inom ramen för nationell tillsyn. Största möjliga jämförbarhet mellan olika landsting är angeläget. *Västernorrlands läns landsting* föreslår att målgruppens ställning inom hälso- och sjukvården följs upp inom befintlig vårdgaranti.

Skälen för regeringens bedömning

Nuvarande lagstiftning

Enligt 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, ska varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Vår-

den ska enligt 2 § andra stycket HSL ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Denna allmänna prioriteringsregel kompletteras med den av riksdagen beslutade prioriteringsordningen för hälso- och sjukvården. Den 1 juli 2010 infördes bestämmelser om vårdgaranti i HSL (prop. 2009/10:67, bet. 2009/10:SoU7, rskr. 2009/10:212). Enligt 3 g § HSL ska landstinget erbjuda dem som är bosatta inom landstinget vårdgaranti.

Tidsgränserna i garantin regleras i förordningen (2010:349) om vårdgaranti och innebär att kontakt med primärvården ska erbjudas samma dag som patienten söker hjälp och besök hos läkare i primärvården ska erbjudas inom sju dagar. Besök inom den planerade, specialiserade vården ska erbjudas inom 90 dagar efter beslut om remiss, eller om remiss inte är nödvändig från det att den enskilde sökt kontakt med den specialiserade vården, och behandling ska inledas inom 90 dagar efter att vårdgivaren beslutat om att erbjuda behandling. Om landstinget inte uppfyller besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingssgarantin ska landstinget se till att patienten får vård hos annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten (3 h § HSL). Detta gäller såväl hjälp för missbruk och beroende som vid andra sjukdomstillstånd. Den enskilde har inte någon rätt till hälso- och sjukvård i den mening att insatserna är juridiskt framtvångbara.

Enligt 11 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) ska socialtjänsten utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Det finns inte någon lagstadgad vårdgaranti motsvarande den inom hälso- och sjukvården. Däremot ska kommunen enligt 16 kap. 6 a § SoL åläggas att betala en särskild avgift om den inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL som någon är berättigad till enligt beslut av socialnämnd eller domstol.

Både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har regeringen vidtagit åtgärder för att förbättra tillgängligheten. Överenskommelsen mellan regeringen och SKL om villkoren för den så kallade kömiljarden för 2012 innehåller mål om att landstingen ska erbjuda vård snabbare än dessa tidsgränser. Inom socialtjänstens område avsatte staten medel under 2006 och 2007 i syfte att uppmuntra kommuner att införa lokala behandlingssgarantier för personer med missbruk eller beroende.

Hur utredningens förslag om förstärkt vårdgaranti inom socialtjänsten förhåller sig till nuvarande lagstiftning

För kommunens del innebär förslaget att kommunen ska erbjuda dem som vistas inom kommunen och som behöver psykosociala insatser på grund av sitt missbruk eller beroende en garanti för att en individuell plan ska upprättas inom senast 30 dagar från den dag en klient söker psykosocialt stöd eller att behov av stöd uppmärksammas på annat sätt inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Ett flertal remissinstanser, bland annat *JO, Sveriges Kommuner och Landsting, Borlänge kommun, Huddinge kommun, Sala kommun, Karlskrona kommun* och *Gotlands kommun* framhåller att inom socialtjänstens område kan förslaget i praktiken innebära en försämring eftersom nuvarande lagstiftning

innehåller krav på såväl omedelbar utredning av behov som omedelbar verkställighet av fattade beslut samt ett system med sanktionsavgifter vid dröjsmål med verkställighet. Regeringen gör i likhet med dessa remissinstanser bedömningen att en vårdgaranti i enlighet med utredningens förslag inom socialtjänstens område inte innebär någon förbättring jämfört med nuvarande reglering.

Motivation en avgörande förutsättning för effektiv vård, stöd och behandling

Det ligger i missbruks- och beroendeproblematikens natur att suget efter drogen åsidosätter förmågan att bryta missbruksbeteendet trots insikt om de negativa hälsomässiga och sociala konsekvenserna. Motivation är därför en avgörande förutsättning för att vård-, behandlings-, och stödinsatser ska leda till att en person kommer ifrån sitt missbruk eller beroende eller för att minska skadorna av ett fortsatt missbruk. Inte sällan söker en person med missbruk eller beroende vård som ett resultat av ett motivationsarbete, vilket ibland kan ha pågått under betydande tid. Motivationen tenderar också att vara starkast vid den tidpunkt som den enskilde söker hjälp. För att vård och behandling ska vara framgångsrik är det därför viktigt att erbjuda hjälp snabbt när en person med missbruk eller beroende söker kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Motivationsarbetet måste också fortsätta under behandlingen. Annars är risken stor att motivationen avtar och att förutsättningarna för behandling försämras och ytterst att personen i behov av hjälp återfaller i missbruk. Eftersom återfall är vanliga, är det viktigt att tillgängligheten är god vid såväl förstagångskontakter som vid senare kontakter i samband med återfall. Att missbruks- och beroendevården är tillgänglig är sålunda av avgörande betydelse för att ta till vara den enskildes motivation och möjliggöra tidiga insatser innan missbruket eller beroendet orsakar allvarligare hälsomässiga skador och sociala problem.

Är förstärkt vårdgaranti rätt väg för att öka tillgängligheten till insatser av god kvalitet?

Vårdgarantin syftar till att säkerställa att en person får vård inom rimliga tidsgränser. Om det egna landstinget inte kan tillhandahålla vård inom angiven tidsgräns har personen rätt att söka vård hos annat landsting. När det gäller väntetider inom missbruks- och beroendevården visade Socialstyrelsens tillsyn 2008–2010 att det varken inom hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens missbruksvård finns några större problem med långa väntetider för utredning och insats. Inom primärvården var tillgängligheten i allmänhet god och färre än en tiondel av beroendevårdens verksamheter angav att väntetiderna var problematiska. När det gäller socialtjänstens öppenvård visade tillsynen att det som regel gick snabbt att få kontakt för ett första samtal och att det inte fanns väntetider för att få börja en behandling. De flesta utredningar handlades skyndsamt och ofta hade den enskilde en pågående insats redan under utredningstiden. Undantaget är personer med opiatberoende där såväl den geografiska tillgängligheten som väntetiderna till läkemedelsbehandling varierar mycket och i vissa landsting är situationen oacceptabel. Vårdgarantins

rättighet att söka vård i ett annat landsting är dessutom svår att utnyttja för denna patientgrupp som ofta behöver daglig kontakt med vården.

Regeringen menar att tillgänglighet inte bara handlar om en snabb insats, utan även om rätt insats. Socialstyrelsen anger i sin tillsynsrapport (Socialstyrelsen, juni 2011) att tillsynen framöver i högre grad kommer att inriktas på att granska hur vårdgivare och huvudmän lever upp till sitt ansvar för att säkra kvaliteten i sin verksamhet. *Socialstyrelsen* och *Malmö högskola* framhåller att en stärkt ställning för individen bör innebära att den enskilde i möjligaste mån ges tolkningsföreträdare i fråga om sitt eget behov av vård och behandling. Samtidigt är det fortfarande den medicinska bedömningen som är avgörande, och denna bedömning är sannolikt delvis beroende av vilka behandlingsmöjligheter som den aktuella huvudmannen eller verksamheten förfogar över. Exempelvis visar aktuella kartläggningar att det ställs fler missbruks- och beroendediagnoser i landsting med specialiserade beroendeverksamheter än i landsting i vilka behandlingen av missbruk och beroende är integrerad i den allmänpsykiatriska vården. För att en vårdgaranti ska säkerställa tillgång på kunskapsbaserad vård för alla är sålunda en förutsättning att samtliga landsting förfogar över ett grundläggande utbud av behandlingsalternativ för alla förekommande sjukdomstillstånd. Detta är inte alltid fallet, vilket är tydligt inom missbruks- och beroendevården, som uppvisar stora variationer i innehåll mellan olika delar av landet. Ett första steg är alltså enligt regeringens mening att landstingen säkerställer att det finns insatser som motsvarar de behov som finns, särskilt gäller detta den specialiserade vården. HSL ger landstingen ansvar att erbjuda vård på lika villkor för hela befolkningen. Tillsynen utgör ett viktigt instrument för staten att säkerställa att lagens målsättning uppnås. Socialstyrelsens tillsyn 2008–2010 visade på sådana skillnader i behandlingsutbud mellan olika delar av landet att detta mål inte uppfylldes. Socialstyrelsen kommer därför i högre grad framöver att inrikta tillsynen på att granska hur vårdgivare och huvudmän lever upp till sitt ansvar för att säkra kvaliteten i sin verksamhet. Statens styrning består även av kunskapsstyrning genom t.ex. nationella riktlinjer. Dessa utgör en viktig vägledning för huvudmännens utformning av vården för att möta de behov som finns och utgör även en viktig utgångspunkt för regeringens utvecklingsstöd.

Även erfarenheter från förstärkt vårdgaranti inom barn och ungdomspsykiatri visar att vårdgarantin främst varit till nytta för barn och ungdomar med någon form av psykisk ohälsa i ett tidigt skede. Denna grupp har tidigare behövt vänta länge vilket lett till en fördröjning när det gäller ställningstagande till behov av fortsatta insatser i specialistvården. Syftet med den förstärkta vårdgarantin har således inte varit att möta behoven hos personer som behöver långvarig och kontinuerlig kontakt med vården. Personer med missbruk eller beroende kräver i många fall uthålliga insatser under längre period där återfallsprevention och fortlöpande motivationsarbete för att upprätthålla en förändrad livsstil är avgörande.

Tidsmässig och innehållsmässig tillgänglighet är ömsesidiga förutsättningar

Personer med missbruk och beroende omfattas redan i dag av hälso- och sjukvårdens vårdgaranti. Samtidigt kan regeringen konstatera att vård-

garantin inte alltid kommit personer med missbruks- eller beroendeproblem till godo. Det främsta skälet till detta är att det inom vissa landsting saknas behandlingsresurser framför allt inom den specialiserade missbruks- och beroendevården. Detta menar regeringen är ett problem som dock inte löses genom förstärkt vårdgaranti, utan det krävs en tydlig prioritering av denna verksamhet inom landstingen.

Mot denna bakgrund anser regeringen att tidsmässig och innehållsmässig tillgänglighet måste ses i ett sammanhang. Inom ramen för de lokala överenskommelser som regeringen föreslår finns goda förutsättningar för att förbättra den tidsmässiga samordningen av landstingens och kommunernas behandlings- och stödinsatser liksom möjlighet att säkerställa såväl tillgänglighet som kvalitet i insatser eftersom värdet av en snabb insats avgörs av kvaliteten i denna insats. För personer i behov av specialiserad beroendevård såsom läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende kan vårdgarantins tidsgränser vara alltför långa. Därför kan även kortare tidsgränser än vad befintlig vårdgaranti anger fastställas lokalt i de lokala överenskommelserna om samarbete. En sådan förstärkt vårdgaranti finns t.ex. inom Stockholms läns landsting.

Socialstyrelsens öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården omfattar både kommunernas verksamhet och av landsting och kommuner gemensamt bedrivna beroendeenheter. Bland de kvalitetsindikatorer som belyses finns uppgifter om väntetid för ett första besök liksom tiden för upprättande av vårdplan. Öppna jämförelser utgör en viktig drivkraft för det lokala utvecklingsarbetet.

6.1 Säkerställa specialiserad behandling för personer med opiatberoende

Regeringens bedömning: Tillgång till specialiserad behandling som t.ex. läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende bör säkerställas i alla landsting.

Utredningen har inte lämnat något förslag i denna del.

Skälen för regeringens bedömning: Regeringen bedömer att det är angeläget att det sker en löpande uppföljning av i vad mån landstingen och kommunerna uppfyller sina skyldigheter i enlighet med den lagstadgade vårdgarantin. Samtidigt som Socialstyrelsens förstärkta tillsyn visade att den tidsmässiga tillgängligheten är relativt god inom både primärvård, beroendevård och inom socialtjänstens öppenvård, kvarstår alltför stora skillnader mellan landstingen när det gäller specialiserad vård i form av läkemedelsbehandling vid opiatberoende. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att kartlägga hur behovet av läkemedelsbehandling ser ut och hur vårdhuvudmännens utbud relaterar till behovet. Av rapporten framgår att täckningsgraden, dvs. andelen som har en opiatdiagnos som får behandling, är relativt hög sett över landet totalt. Samtidigt finns stora regionala skillnader och i vissa landsting är situationen inte acceptabel. Specialiserad vård i form av läkemedelsassisterad behandling är en behandlingsform som måste finnas tillgänglig för alla som bedöms ha behov av det. Utredningen har inte lämnat något förslag

som specifikt rör tillgängligheten till denna typ av behandling. Regeringen avser däremot mot bakgrund av Socialstyrelsens kartläggning, att ge Socialstyrelsen i uppdrag att närmare granska situationen i de lands-ting där närhet, tillgänglighet och täckningsgrad inte är tillfredsställande och lämna förslag till hur den kan öka för att komma till rätta med den bristfälliga geografiska täckningen.

6.2 Tillgänglig och attraktiv vård för att nå fler och i ett tidigare skede

Regeringens bedömning: Lagstiftningen bör ses över och vid behov förtydligas i syfte att främja kommunernas möjligheter att erbjuda insatser i form av service i syfte att göra insatser mer tillgängliga för grupper som socialtjänsten i dag har svårt att nå.

Utredningen har inte lämnat något förslag i denna del.

Skälen för regeringens bedömning: En utmaning är att vården inte alltid når dem som behöver hjälp och stöd. Missbruksutredningen bedömer att vården i dag endast når en av fem av alla personer med olika typer av beroendestillstånd relaterade till alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel. Personer som har ett riskbruk och som ännu inte har hunnit utveckla hälsomässiga eller sociala skador nås i ännu lägre utsträckning. Aktuell forskning som utredningen tagit fram, visar att åtta av tio personer med missbruk eller beroende helst söker hjälp inom hälso- och sjukvården. För att missbruks- och beroendevården ska nå sin målgrupp är det sålunda inte tillräckligt att huvudmännen erbjuder insatser inom rimlig tid, utan vården måste dessutom vara välkänd och innehållsmässigt och organisatoriskt utformas på ett sådant sätt att den är attraktiv och når fler.

Verksamheter med breda kontaktytor gentemot befolkningen utgör viktiga arenor för att tidigt uppmärksamma och intervensera vid riskbruk, missbruk och beroende. Här kan t.ex. nämnas primärvården, elevhälsan och studenthälsan liksom Kriminalvårdens uppsökande verksamhet vid häkten. Regeringens insatser för att stärka det förebyggande arbetet inom dessa verksamheter beskrivs i avsnitt 7.3.1.

Utredningen menade att en överföring av behandlingsansvaret till landstinget skulle göra insatser mer tillgängliga eftersom insatser för riskbruk, missbruk och beroendeproblem kan ges på samma sätt som för andra sjukdomstillstånd. Inom socialtjänsten pågår sedan flera år en utveckling där kommunerna strävar efter att öka tillgängligheten till insatser genom att lägga traditionella handläggningsförfaranden åt sidan och i ökad utsträckning erbjuda stöd och hjälp inom ramen för öppna verksamheter eller individuellt anpassade insatser utan biståndsbeslut. Syftet är att individer och familjer ska ta kontakt med socialtjänsten och därigenom få hjälp i ett tidigt skede, helst innan problem blir stora. Ur ett tillgänglighetsperspektiv bedömer regeringen att detta är en positiv utveckling eftersom det kan sänka trösklarna till att söka vård. Utvecklingen innebär att ingången till vård- och stödinsatser blir likartad oavsett om det är hälso- och sjukvården eller socialtjänsten som är huvudman för

insatsen. I takt med att kommuner och landsting samverkar inom integrerade beroendeenheter aktualiseras frågan särskilt, eftersom samarbetet underlättas med likartade handläggningsrutiner. Samtidigt har Socialstyrelsen i sin tillsyn ifrågasatt om den beskrivna utvecklingen har stöd i lagstiftningen. Utredningen har inte lämnat något förslag i denna del, men regeringen bedömer mot bakgrund av ovanstående beskrivning, att det finns behov av att se över gällande lagstiftning och vid behov återkomma med förslag i syfte att främja de positiva aspekterna av denna utveckling samtidigt som individens rättssäkerhet, liksom kraven på kvalitet, dokumentation och uppföljning på individ-, verksamhets- och nationell nivå säkerställs.

6.3 Bra bemötande

Regeringens bedömning: Personer med missbruk eller beroende har rätt till ett lika bra bemötande som andra patient- och klientgrupper.

Utredningens förslag: I lagstiftningen ska införas att den enskilde med missbruk eller beroende ska ha rätt till ett bra bemötande av dem som verkar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Remissinstanserna: Ett stort antal remissinstanser, framför allt kommuner och landsting, har kommenterat utredningens förslag om att i lagstiftning reglera rätten till ett bra bemötande. Majoriteten av dessa ställer sig tveksamma eller avstyrker, även om det också finns ett antal remissinstanser som tillstyrker. Ett flertal remissinstanser har framfört att bra bemötande är en självklarhet som omfattar alla som kommer i kontakt med socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Några remissinstanser, däribland *Skara kommun*, *Dalarnas läns landsting*, *Jämtlands läns landsting* och *Sveriges Kommuner och Landsting* framhåller att alla grupper har samma rätt till bra bemötande och att detta redan i dag finns inskrivet i såväl socialtjänstlagen som hälso- och sjukvårdslagen, liksom i de flesta vårdyrkens etiska riktlinjer. *Verdandi* lyfter fram brukarperspektivet och menar att bemötandefrågor kräver ett brett angreppssätt eftersom det handlar om flera faktorer som värderingar, rutiner och kompetens. Det är enligt *Verdandi* minst lika viktigt att stärka individens ställning genom ökat brukarinflytande och brukarmedverkan, vilket även framhålls av *Jönköpings läns landsting* och *Kronobergs läns landsting*. *Statskontoret* menar att om bemötandebegreppet inte kan definieras i absolut mening blir det svårt för den enskilde att juridiskt kräva ett bra bemötande. Det blir dessutom svårt för Socialstyrelsen att utöva sanktioner. *Statskontoret* förordar i stället utbildning och metodutveckling.

Skälen för regeringens bedömning

Insikten om att ett bra bemötande är en viktig förutsättning för framgångsrik vård och behandling fanns redan när de två huvudlagarna – SoL och HSL – som i dag reglerar kommunernas och landstingens missbruks- och beroendevård utformades i slutet av 1970- och början av 1980-talet. I lagstiftningen används dock inte termen bemötande, utan vikten av ett

bra bemötande som begrepp framhålls genom en annan terminologi. Socialtjänsten ska enligt SoL på demokratins och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlika levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Verksamheten ska bygga på människors självbestämmande och integritet. Insatserna ska vara av god kvalitet samt utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (se 3 kap. 3 och 5 §§ SoL). Hälso- och sjukvården ska enligt kraven på god kvalitet i 2 a § HSL bland annat vara lättillgänglig, bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. Den ska också så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. I detta sammanhang kan det också noteras att diskrimineringsgrunderna och diskrimineringsförbudet i diskrimineringslagen (2008:567) omfattar i princip samtliga samhällsområden, inklusive socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Missbruksutredningen ansåg att de befintliga bestämmelserna i SoL och HSL var otillräckliga för att säkerställa ett bra bemötande av personer med missbruk eller beroende och föreslog därför att bemötandet ska regleras genom en särskild lagstiftning som skulle komplettera SoL och HSL. Skälet var att många personer med missbruk eller beroende och deras anhöriga vittnat om en moraliserande attityd hos personalen eller att deras personliga integritet inte respekterats och att de känt sig kränkta.

Regeringen vill starkt betona att alla som kommer i kontakt med socialtjänsten eller hälso- och sjukvården har rätt till ett respektfullt och professionellt förhållningssätt. Ett moraliserande, okunnigt eller på annat sätt kränkande förhållningssätt är inte acceptabelt och är inte i linje med vare sig lagstiftning eller en kunskapsbaserad praktik.

Regeringen anser att rätten till ett gott bemötande redan i dag regleras tydligt i såväl lagstiftning som riktlinjer för socialtjänsten och hälso- och sjukvården och att ett ytterligare förtydligande inte kan anses ändamålsenligt. Regeringen anser i likhet med bland annat *Verdandi* att det krävs ett brett angreppssätt när det gäller bemötandefrågor. Det handlar bland annat om ökad kompetens hos professionen. Utförarna av missbruks- och beroendevård bör enligt regeringens mening inom ramen för sitt arbetsgivaransvar, och för att uppfylla de generella kompetenskraven i HSL och SoL om att personalen ska ha adekvat kompetens, regelbundet utbilda personalen i bemötande. Detta sker också delvis redan i dag, inte bara i socialtjänsten och hälso- och sjukvården, utan även inom till exempel kriminalvården. Det är sålunda inte regeringens avsikt att föreslå någon ny fortbildningsskyldighet, utan endast att understryka vikten av att kommunerna, landstingen och de enskilda vårdgivarna prioriterar fortbildning i bemötande. I utbildningarna bör personer med egen erfarenhet av att ta emot vård, behandling och stöd med anledning av missbruks- och beroendeproblem medverka. Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram ett utbildningspaket för vårdpersonal om bemötande. Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2013 och även innehålla ett förslag till pilotprojekt.

Regeringen menar att det inte bara handlar om ökad kompetens i bemötandefrågor, utan också om ökad kunskap om missbruks- och bero-

endeproblematik. Med ökad professionalisering minskar risken för ett moraliserande förhållningssätt.

Regeringen vill även lyfta fram att en förutsättning för kvalitetsutveckling inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård är att brukares kunskap och erfarenhet tas till vara på ett systematiskt sätt. Regeringen stödjer därför utvecklingen och användningen av metoder för brukarmedverkan som en del av en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård (se avsnitt 7.3.1).

7 Bättre kunskap, kvalitet och kompetens

Regeringen har som en central utgångspunkt att den svenska missbruks- och beroendevården ska vara kunskapsbaserad. Under senare år har det skett en positiv utveckling när det gäller innehållet i vården. Bland annat pågår ett långsiktigt utvecklingsarbete inom ramen för regeringens ANDT-strategi. Det finns dock fortfarande behov av metod- och kompetensutveckling såväl när det gäller att möta den enskildes behov av hjälp som när det gäller att öka vårdens kostnadseffektivitet. Som tidigare angetts gör regeringen bedömningen att den fortsatta utvecklingen i huvudsak ska fortsätta och bygga på de utvecklingsinsatser som redan påbörjats.

7.1 Kunskap om missbruksutvecklingen

Regeringens bedömning: Kunskapen om utvecklingen beträffande alkohol- och drogkonsumtionen, förekomsten av riskbruk, missbruk och beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel samt om samhällets insatser måste förbättras för att uppnå målsättningen om en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård.

Utredningens bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser som uttalat sig i frågan stödjer bedömningen att kunskapen om utvecklingen bör utvecklas.

Skälen för regeringens bedömning: I Sverige har staten traditionellt tagit ett ansvar för att regelbundet kartlägga den nationella missbruks-situationen genom olika former av befolkningsundersökningar av alkohol- och droganvändning. Informationen är viktig dels för regering och riksdag vid utformningen av den nationella politiken inom ANDT-området, dels för kommuner och landsting vid beslut om inriktning, dimensionering och utformning av förebyggande insatser och av missbruks- och beroendevården regionalt och lokalt. Informationen är också viktig för Sveriges deltagande i EU-arbetet och övrigt internationellt samarbete.

Missbruksutredningen har gjort en sammanställning av tillgänglig information om befolkningens användning av alkohol, narkotika, dop-

ningsmedel och läkemedel och funnit att de regelbundna undersökningar som görs inte ger en heltäckande bild av missbrukssituationen.

Under 2011–2012 har en särskild projektgrupp haft regeringens uppdrag att lämna förslag på indikatorer som ska ingå i uppföljningen av ANDT-strategin, vilket även omfattar målet att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet. I november 2012 inkom projektgruppen med sitt förslag. Gruppen konstaterade att statistiken behöver utvecklas för delar av målområdet för att kunna utveckla indikatorer som på ett bra sätt mäter måluppfyllelsen. Projektgruppens förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Förslag på ett samlat uppföljningssystem kommer att presenteras under 2013.

7.1.1 Ökad kunskap om läkemedelsassisterad behandling

Regeringens bedömning: Möjligheterna att följa upp effekterna av läkemedelsassisterad behandling behöver öka.

Utredningens förslag: Vårdgivarna ska ha en skyldighet att rapportera information om samtliga patienter som genomgår läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende till ett nationellt vårdregister.

Remissinstanserna: Ingen remissinstans har haft något att erinra mot förslaget.

Skälen för regeringens bedömning: Inte ens ett väl uppbyggt uppföljningssystem kommer att kunna ge svar på alla frågor, men det ger en kunskapsbas utifrån vilken det är möjligt att identifiera områden där det krävs fördjupade studier. Det kan t.ex. gälla olika brukarundersökningar kring missbruksmönster.

Ett område där det finns behov av ökad kunskap, är inom läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk. Missbruksutredningen föreslog att vårdgivarna ska ha en skyldighet att rapportera information om samtliga patienter som genomgår behandlingen till ett nationellt vårdregister. Syftet är att få komplett information om vilka personer som ordineras läkemedelsassisterad behandling för att kunna följa förloppen och utveckla systematisk kunskap om behandlingsprogrammets effekter utifrån medicinska, sociala och samhällsliga perspektiv. I dag saknas sådan heltäckande nationell kunskap. Även Socialstyrelsens kartläggning av denna typ av behandling pekar på behovet av nationell kunskap. Socialstyrelsen ska därför utreda förutsättningarna för och möjligheterna att ta fram nationella data om dessa patienter. Det finns även kvalitetsregister med snarlika syften.

Det är svårt att få någon säker bild av läckage av läkemedel från dessa program. Men tillgänglig kunskap pekar på att en del av de läkemedel som missbrukas kommer från programmen. Dessutom förskrivs även dessa läkemedel utanför programmen (förskrivning för smärtlindring undantagen). Därför är det av stor vikt att få bättre kunskap om på vilka grunder denna förskrivning sker och hur kontrollen kan öka såväl inom som utanför programmen. Socialstyrelsen avser att under 2013 genomföra en sådan kartläggning.

7.1.2 Ökad kunskap om dödlighet

Prop. 2012/13:77

Regeringens bedömning: Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda förutsättningarna för att utveckla informationen om de dödsfall som bedöms vara relaterade till läkemedel som används vid läkemedels-assisterad behandling vid opiatberoende.

Utredningen har inte lämnat något förslag i denna del.

Skälen för regeringens bedömning: Dödsfall där man funnit spår av läkemedel som används vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, dvs. metadon eller buprenorfin, har återkommande diskuterats. Ibland hävdas att dessa kan kopplas till utbyggnaden av läkemedelsassisterad behandling och läckage från dessa program. Socialstyrelsen menar att det i många fall kan vara svårt att avgöra vad som faktiskt lett fram till att en person avlider. Inte sällan är flera substanser inblandade och ibland kan dödsorsakerna förklaras av andra yttre orsaker, men där substanserna kan ha bidragit. De rättstoxikologiska analyser som hittills presenterats, och som utgör en viktig kunskapskälla, har dock begränsats till att gälla förekomst av olika preparat i samband med dödsfall. Analyser som visar vilka substanser som aktivt orsakat ett visst antal dödsfall ger bättre kunskap om dödligheten relaterat till de aktuella läkemedlen.

Sedan 2000 har det skett en uppgång i dödligheten som relaterar till de läkemedel som används vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Enligt Socialstyrelsens analys skedde ökningen bland opiatmissbrukare både i och utanför behandling. Regeringen bedömer därför att det finns behov av att utveckla informationen om de dödsfall som bedöms vara relaterade till de aktuella läkemedlen.

7.2 Kvalitetskrav på behandlingsenheter

Regeringens bedömning: Kvalitetskraven på behandlingsenheterna bör utvecklas. Socialstyrelsen kan därför komma att få i uppdrag att närmare utreda behov och möjligheter att utveckla ett system för auktorisation, alternativt skärpta tillståndskrav, för behandlingsenheter.

Utredningens bedömning: Utredningen föreslog ett auktorisations-system.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser som yttrat sig i frågan tillstyrker utredningens allmänna inriktning att kvalitetskraven på behandlingsenheterna bör utvecklas. Likaså får utredningens förslag beträffande auktorisation av behandlingsenheter stöd av flertalet remissinstanser. Förslaget avvisas dock av *Socialstyrelsen*. *Socialstyrelsen* ställer sig bakom bedömningen att institutionsvård och öppenvård behöver utvecklas med avseende på kvaliteten som ställer krav på bl.a. ledningssystem, kvalitetssäkring, kompetens och inflytande för den enskilde är viktiga delar när det gäller att värdera kvalitet och säkerhet. *Socialstyrelsen* menar att en förstärkt tillståndsgivning utifrån sådana kriterier är bättre än att auktorisera särskilda metoder. *Kriminalvården* och

Sveriges Kommuner och Landsting bedömer att det är svårt med gränsdragningen mellan behandling och stöd.

Skälen för regeringens bedömning: Utredningen noterar att det kan vara stora skillnader i innehåll och kvalitet mellan olika HVB. Verksamheten kan spänna över allt från boendelösningar med omvårdnadsinslag till kvalificerad behandling i slutna former. Vidare konstaterar utredningen att de krav som är förknippade med tillstånd och anmälan inte ställer några direkta, specifika kvalitetskrav på behandlingsinsatserna vare sig när det gäller metodik, evidens eller effekt för den aktuella målgruppen eller kompetens hos den personal som bedriver behandlingen. Istället fokuserar de nuvarande kraven i första hand på verksamheten och personalens kompetens på en mer övergripande nivå samt vissa lokalmässiga säkerhetsaspekter.

Utredningen ansåg mot denna bakgrund att villkoren för tillstånd och anmälan bör kompletteras med villkor som mer direkt syftar till att säkerställa kvaliteten på den behandling som bedrivs och föreslog därför att ett beslut ska kompletteras med ett krav på auktorisation av behandlingsinsatserna. Med auktorisation avsåg utredningen ett förfarande för att godkänna varje enskild behandlingsmetod vid de HVB som meddelats tillstånd eller anmälts. Auktoriseringskravet innebär att den som bedriver ett HVB måste auktorisera varje behandlingsmetod som erbjuds. Genom en auktorisation skulle ett system för kvalitetssäkring av behandlingsinsatserna skapas samtidigt som det skapas en flexibilitet för HVB att auktorisera nya behandlingar utan att hela verksamheten på nytt måste genomgå tillståndsprövning eller anmälas. Auktorisationen skulle också skapa bättre förutsättningar för att i tillsynen av HVB granska om behandlingen bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Utredningen har också övervägt att komplettera de befintliga villkoren i socialtjänstförordningen vid tillstånds- och anmälningsplikt men valde slutligen att föreslå ett auktorisationsförfarande.

Regeringen delar utredningens bedömning att tillståndskraven i högre grad än i dag måste ta sikte på innehållet i den verksamhet som bedrivs. Användningen av evidensbaserade metoder och relevant kompetens hos medarbetarna är grundläggande för en kunskapsbaserad vård. Regeringens bedömning är att frågan om auktorisation är komplex och att utformningen av de regler och kriterier som ska gälla för att bedöma vilka behandlingsmetoder som kan godkännas blir avgörande för effekterna om ett auktorisationskrav skulle genomföras. Alternativet är, som Socialstyrelsen framhåller, att utveckla tillståndsprövningen som ett sätt att värna kvalitet och säkerhet. Socialstyrelsen förväntas komma med nya föreskrifter om tillståndsprövning för HVB när det gäller barn. Regeringen har därför för avsikt att ge Socialstyrelsen i uppdrag att även utreda förutsättningarna för att ta fram kriterier för utökade kvalitetskrav för tillstånd alternativt ett auktorisationssystem för HVB när det gäller personer med missbruks- eller beroendeproblem. Det övergripande syftet med kvalitetskraven är att de behandlingsinsatser som erbjuds ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. De behandlingar som Socialstyrelsen bedömer ha evidens i nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården utgör i detta sammanhang en naturlig utgångspunkt, som även bör komma till uttryck i kommande kvalitetskrav.

Regeringens bedömning: Insatser krävs för att kontinuerligt utveckla kvaliteten på vård- och behandlingsinsatserna.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: De remissinstanser som uttalat sig i frågan instämmer i utredningens huvudsakliga förslag som går ut på att vidareutveckla metod- och kompetens.

Skälen för regeringens bedömning: Regeringen delar utredningens bedömning att det krävs kontinuerliga insatser för att stärka forskningen och kunskapspridningen inom missbruksområdet för att uppnå målsättningen om en mer kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård. Av utredningens analys framgår att missbruks- och beroendevården brister när det gäller kunskapsbaserade insatser. I vissa fall är orsaken att forskningsbaserad kunskap saknas. I andra fall är orsaken att den forskningsbaserade kunskapen inte tas till vara i de operativa verksamheterna. Regeringen har sedan flera år tillbaka kontinuerligt arbetat med att utveckla kvaliteten i missbruks- och beroendevården. Insatserna är en del av arbetet med att uppnå målen i ANDT-strategin och sträcker sig över hela mandatperioden. Regeringen avser att avsätta närmare 260 miljoner kronor per år under mandatperioden för arbetet inom ANDT-strategin. Insatserna redogörs för i avsnitt 7.3.1.

Regeringen delar också utredningens bedömning att det föreligger ett behov av att främja och förstärka tvärvetenskaplig forskning om olika behandlingsmetoders effekt och effektivitet inom missbruksområdet, vilket beskrivs i avsnitt 7.3.1 under rubriken Forskning. Med behandling avses i detta sammanhang systematiska och teoretiskt grundade medicinska och psykosociala insatser som syftar till att hjälpa individen att komma ifrån ett missbruk eller beroende eller begränsa skadorna av ett fortgående missbruk.

7.3.1 Regeringens insatser för att stödja kvalitetsutveckling i enlighet med ANDT-strategin

Av regeringens ANDT-strategi framgår att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet. Strategin innehåller även mål om att färre barn ska födas med skador orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak liksom att minska antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av dessa substanser. Nedan beskrivs kortfattat en del av de initiativ som regeringen tagit för att uppnå dessa mål.

Tidig uppmärksamhet och intervention

Tidig uppmärksamhet och intervention är ett viktigt reformområde som utredningen lyfte fram. Förebyggande insatser och tidig uppmärksamhet är även en av hörnstenarna i regeringens ANDT-strategi. Det är ett prioriterat mål för regeringen att färre barn ska födas med skador orsakade av

alkohol, narkotika, dopning eller tobak. Målsättning är att alla blivande föräldrar ska få information, eller rådgivning om det behövs, om de skador som alkohol, narkotika, dopning och tobaksbruk kan orsaka fostret. Mödra- och barnhälsovården som möter nästan alla gravida och småbarnsföräldrar är en naturlig arena för detta arbete. Det är därför viktigt att skapa förutsättningar för ett långsiktigt förebyggande arbete på ANDT-området inom mödra- och barnhälsovården och för att genomföra de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården, som omfattar flera områden varav ett är alkohol. Ett sådant arbete pågår inom ramen för Socialstyrelsens införande av dessa riktlinjer.

Mödra- och barnhälsovården kan också spela en viktig roll för att fånga upp gravida med risk- och missbruksproblem samt för att utveckla stöd till de barn som föds med ANDT-relaterade skador. Inom ramen för sitt uppdrag att leda, samordna och stimulera till ett nationellt utvecklingsarbete av stöd till barn i familjer med missbruk m.m. kommer Socialstyrelsen under året att kartlägga det förebyggande arbetet riktat till gravida med missbruksproblem och antalet barn som fötts med alkohol- och narkotikarelaterade skador för att få en bättre uppfattning om vilket behov av stöd dessa barn och deras familjer har.

Ett långsiktigt mål i regeringens ANDT-strategi är att minska antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av bland annat alkohol, narkotika eller dopningsmedel. Regeringen genomför därför flera insatser för att uppnå denna målsättning. Bland annat har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja hälso- och sjukvården att utveckla sitt arbete i enlighet med riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder, som bland annat omfattar alkohol.

Studenthälsan är en annan viktig arena för att nå unga vuxna i det förebyggande arbetet. Statens folkhälsoinstitut har regeringens uppdrag att bygga upp och se till att det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på universitet och högskolorna långsiktigt kan förvaltas. Regeringen vill också lyfta fram elevhälsans viktiga roll i skolans förebyggande verksamhet, både på generell och mer individriktad nivå. Under 2011 fattade regeringen flera beslut för en förstärkt elevhälsa. För att stärka elevhälsan satsar regeringen totalt 650 miljoner kronor 2012–2015. Den största delen, 625 miljoner kronor, är ett statsbidrag kommuner och skolhuvudmän kan söka för att anställa fler skolläkare, skolsköterskor, skolkuratorer, skolpsykologer, speciallärare och specialpedagoger. Även fortbildning för personal inom elevhälsan kommer att erbjudas, exempelvis avseende skolans ansvar för elever med psykisk ohälsa och barn som far illa eller riskerar att fara illa. Regeringen har även gett Skolverket ett särskilt uppdrag att stödja generell skolutveckling och undervisning om ANDT.

Under 2012 initierade regeringen en särskild satsning mot cannabis som kommer att pågå under hela strategiperioden och innebär bland annat samarbete mellan storstäderna Malmö, Göteborg och Stockholm. Det övergripande syftet är att minska användningen av cannabis bland ungdomar under 25 år. För att nå detta mål kommer städerna dels att utveckla förebyggande metoder och arbetssätt för att förhindra en debut i missbruk, dels att utveckla metoder och arbetssätt för att genom tidiga insatser avbryta ett begynnande missbruk, dels att utveckla insatser för

att stödjande individer att bryta med ett mer avancerat missbruk. Till satsningen knyts också forskare för att följa och utvärdera satsningen.

Riktlinjer för missbruks- och beroendevården

Att hälso- och sjukvården och socialtjänsten använder kunskapsbaserade metoder har en stor betydelse för att effektivt kunna uppmärksamma, förebygga och behandla missbruk och beroende. Socialstyrelsen har därför tagit fram nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Riktlinjerna innebär att vårdgivare inom kommuner och landsting, liksom enskilda vårdgivare, kan erbjuda kunskapsbaserade insatser. De medför även att insatserna blir mer likvärdiga oavsett var man bor och vilken vårdgivare som tillhandahåller insatsen eftersom riktlinjerna ger en gemensam kunskap att utgå ifrån.

Sedan de nuvarande riktlinjerna publicerades 2007 har kunskapen utvecklats och nya behandlingsmetoder introducerats. Det finns därför behov av en revidering av de nuvarande riktlinjerna för att bättre vägleda hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån aktuell kunskap. En preliminär version av de nya riktlinjerna, som beräknas vara klar under hösten 2013, kommer att omfatta bedömningsinstrument, medicinska test, farmakologisk och psykosocial behandling, ungdomar/unga vuxna samt samsjuklighet. Riktlinjerna kommer även att innehålla prioriteringar samt en del som avser psykosociala stödinsatser. I riktlinjerna från år 2007 saknades indikatorer varför de reviderade riktlinjerna också kommer att innehålla relevanta indikatorer för missbruks- och beroendevården.

Kunskapsguiden – en kanal för statlig kunskapsstyrning

Kunskapsguiden är en nationell plattform som i dag samlar kunskap inom områdena psykisk ohälsa samt vård och omsorg om äldre. Syftet är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapspridning och kunskapsinhämtning samt främja att personal på alla nivåer använder den mest aktuella kunskapen och de bästa metoderna. Kunskapsguiden förvaltas av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen. Det material som presenteras i guiden tas fram av Socialstyrelsen i samarbete med relevanta myndigheter och Sveriges Kommuner och Landsting. I februari 2013 fick Socialstyrelsen i uppdrag att säkerställa en mer samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. När bedömningen av behovet av kunskap pekar på att även närliggande områden måste omfattas för att behoven ska tillgodoses, ska så ske. Främst gäller det missbruk och beroende där det förekommer en omfattande samsjuklighet. Socialstyrelsen ska därför utvidga kunskapsguiden till att även omfatta missbruks- och beroendevård.

Brukarmedverkan

Att stärka och utveckla former för en långsiktigt hållbar brukarmedverkan är ett prioriterat område i utvecklingen av en kunskapsbaserad praktik. Det är viktigt att inte bara utveckla medverkan på individnivå utan även på verksamhets- och strukturnivå. Brukares krav på förändring och förbättring utgör en stark kraft för att utveckla vården. Representanter för brukarorganisationerna har ofta distans till sina egna problem samtidigt

som de har kunskaper och erfarenheter som är viktiga att ta till vara i utvecklingen av verksamheter. Insatser handlar om utbildning av brukarrepresentanter och verksamhetsansvariga, utveckling av metoder för t.ex. brukarstyrd brukarrevisioner liksom inrättande av lokala brukarråd. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att kartlägga forskning och praktik när det gäller metoder för brukarmedverkan. Utifrån kartläggningen har Socialstyrelsen utarbetat en vägledning för såväl verksamheter som brukarorganisationer, som kommer att utgöra en viktig utgångspunkt för fortsatta utvecklingsinsatser.

Kunskap till praktik – ett långsiktigt utvecklingsarbete i samverkan mellan regeringen och SKL

Sveriges Kommuner och Landsting är en viktig nationell aktör när det gäller att stödja kommunerna och landstingen i implementeringen de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Det finns också ett antal regionala och lokala forsknings- och utvecklingsenheter (FoU-enheter) med landsting eller kommun som huvudman med verksamhet inom detta område. Sedan 2008 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting ingått årliga överenskommelser om stöd till utveckling av en mer kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård. Under perioden 2008–2012 har regeringen satsat 130 miljoner kronor. Detta har bland annat inneburit uppbyggnad av en långsiktig struktur för kunskapsförsörjning och samverkan mellan kommuner, landsting, lokala FoU-enheter, universitet och högskolor. Utvecklingsarbetet har fått namnet Kunskap till praktik och ingår sedan 2011 i en bredare överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten.

Kunskap till praktik innehåller även utbildningssatsningar i samverkan med forskningsinstitutioner, FoU-verksamheter, Socialstyrelsen och idéburna organisationer. Dessa riktar sig både till verksamma inom socialtjänsten och inom hälso- och sjukvården. Stöd till utveckling av lokal uppföljning av verksamheten är ett annat område som utvecklas och implementeras i ett flertal verksamheter med stöd av tre FoU-enheter. Detta arbete att stödja utvecklingen av gemensamma insatser lokalt och regionalt har visat sig framgångsrikt och regeringen anser därför att det är på denna inslagna väg som det fortsatta utvecklingsarbetet bör ske. Kunskap till praktik har också byggt upp en långsiktig regional struktur för kunskapsförsörjning och samverkan mellan kommuner, landsting, lokala FoU-enheter, universitet och högskolor. I alla län finns regionala utvecklingsledare med direktkontakt med personer som arbetar i vården.

En annan drivkraft för lokalt kvalitetsarbete är Socialstyrelsens publicering av öppna jämförelser av ett antal kvalitetsindikatorer inom missbruks- och beroendevården. Öppna jämförelser gör det möjligt att följa, stödja och utveckla kvaliteten och uppmärksamma lokala och regionala skillnader. Under 2012 kommer även kvalitetsaspekter som rör barns rätt till information, råd och stöd då en förälder eller närstående har missbruks- eller beroendeproblem att inkluderas i öppna jämförelser.

Kvinnor med missbruks- eller beroendeproblematik

Missbruksutredningen konstaterar att de etablerade behandlings- och stödinsatserna vid missbruk eller beroende generellt möter vårdbehoven hos både kvinnor och män. När det gäller narkotikaklassade eller beroendeskapande läkemedel, visar undersökningar att användningen är vanligare bland kvinnor och att bruket ökar med ålder, vilket innebär att behovet av vård, behandling och stöd kan se annorlunda ut jämfört med narkotika och alkohol. Könsspecifika insatser är även nödvändigt för kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp eller fysiskt våld. Kvinnor i missbruk eller beroende befinner sig många gånger i livssituationer som ökar risken för att utsättas för våld. Våldet ses som en konsekvens av missbruket och kvinnans våldsutsatthet riskerar att negligeras och osynliggöras. Det kan då bli svårare för henne att få det stöd och den hjälp hon skulle behöva. Utöver problem med våldsutsatthet och missbruk kan det även finnas psykisk eller fysisk ohälsa, arbetslöshet, svag ekonomi, osäker bostadssituation, prostitution och kriminalitet. Det är därför viktigt med anpassade insatser, t.ex. tillgång till skyddade boenden med personal som har kunskap om såväl våldets och missbrukets mekanismer som om annan problematik. Det är viktigt att personal som möter kvinnor i missbruk eller beroende ökar kunskapen om risken för våldsutsatthet och breddar sin kompetens för att kunna ge ett gott bemötande och stöd. Det är kommunen som ansvarar för att ge enskilda stöd och hjälp. Regeringen har vidtagit flera olika åtgärder för att stödja kommunerna i arbetet med våldsutsatta kvinnor och då lyft fram hur viktigt det är att kommunen kan tillgodose även de behov som särskilt utsatta grupper av kvinnor kan ha, bl.a. kvinnor med missbruk. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram kunskapsstöd till kommunerna och andra aktörer som utför socialtjänst, t.ex. kvinnojourerna. Vidare avsätter regeringen varje år särskilda utvecklingsmedel om 109 miljoner kronor för att kvalitetsutveckla stödet till våldsutsatta kvinnor. En del av medlen används till att skapa en nationell och regional stödstruktur i syfte att bidra till ett mer långsiktigt metodutvecklingsarbete på området.

Barn och närstående

En fortsatt prioriterad fråga för regeringen är att uppmärksamma missbrukets konsekvenser för barn och andra närstående. Barn i familjer med missbruksproblem eller där föräldrarna av andra skäl sviktar i sin omsorg ska erbjudas ett ändamålsenligt stöd utifrån sina egna förutsättningar och behov. För att utveckla ett ändamålsenligt stöd för alla barn i dessa familjer krävs insatser inom flera politiska områden. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att leda och samordna en satsning, som syftar till att stödja kompetensuppbyggnad och kvalitetsutveckling. Arbetet ska pågå t.o.m. 2014. Under perioden 2011–2014 anslår regeringen totalt cirka 200 miljoner kronor.

För att stödja barnen är det viktigt att det finns fungerande strukturer inom de verksamheter som möter barn och föräldrar. Socialstyrelsen samarbetar med Skolverket för att utveckla skolans kompetens på detta område och driver ett utvecklingsarbete för bättre samordning inom socialtjänsten mellan barn- och ungdomsvård och missbruks- och beroendevård. Inom missbruks- och beroendevården behöver flera insatser

göras för att förstärka familjeperspektivet. Regeringen och Sveriges kommuner och landsting har därför ingått en överenskommelse som innebär att utvidga det stöd till utveckling av missbruks- och beroendevården, som genomförs inom utvecklingsarbetet Kunskap till praktik, till att omfatta också insatser för att förstärka barnperspektivet och föräldraperspektivet i vården. Insatserna har fokus på lokalt och regionalt utvecklingsarbete utifrån huvudmännens behov och utformas i nära samarbete med ett antal brukarorganisationer. SKL har tagit fram en fördjupningsutbildning för ett stärkt familjeperspektiv inom missbruks- och beroendevården och arbetar för att utveckla modeller för rutiner för att beakta barns behov av information, råd och stöd.

Insatser för att motverka hemlöshet

Boende är ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och komma ifrån ett missbruk. Regeringen har tillsatt en nationell hemlöshetssamordnare med syftet att under 2012–2013 ge stöd till kommunerna i att skapa långsiktiga och hållbara strukturer och fungerande rutiner i arbetet med att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Hemlöshetssamordnaren lyfter i sina dialoger med kommunerna fram vikten av att man i kommunen har god kunskap om personer som är hemlösa eller utestängda från bostadsmarknaden, t.ex. hur många personer som förväntas flytta från HVB, kvinnojouurer eller skyddat boende, och som då behöver en bostad. Hemlöshetssamordnaren pekar även på samverkan mellan kommunen, fastighetsägare och bostadsbolag som en avgörande faktor för att kunna få fram bostäder till utsatta grupper.

Forskning

I propositionen Forskning och innovation (prop. 2012/13:30) konstaterade regeringen att missbruks- och beroendevården omfattar både medicinska och psykosociala insatser. Det finns därför stort behov av att utveckla tvärvetenskaplig praktisk forskning om effekter av psykosociala behandlingsprogram och tidiga insatser, vilket även bör inkludera nya internetbaserade behandlingsformer och behandlingsprogram som kombinerar psykosocial behandling och läkemedelsbehandling. Kunskap om vilka grupper som nås av behandling samt hur programmen bör utformas och genomföras för att öka tillgängligheten är angelägen. Eftersom missbruks- och beroendevården omfattar flera huvudmän, är det angeläget att även öka kunskapen om hela vårdsystemet och hur insatser bör samordnas för att möta olika individers behov, inte minst individer med samsjuklighet eller blandmissbruk. En stor utmaning ligger i att utveckla former för bättre samverkan mellan hälso- och sjukvården, inklusive psykiatri och socialtjänsten, men även med t.ex. Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse. Samtidigt som internet skapar möjligheter för nya behandlingsformer när det gäller alkohol, narkotika, dopning, tobak och spelberoende, innebär det även en distributionskanal för nya droger, vilket också är ett område där kunskapen i dag är bristfällig. Regeringen anser därför att inom anslaget för forskning till Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (tidigare Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS) bör 5 miljoner per år avsättas under perioden 2014 till och med 2016 för att stärka forskning

om alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel utöver de 15 miljoner som redan är öronmärkta för området.

Samverkan bör ske med övriga berörda forskningsfinansiärer och med representanter för yrkesföreträdare inom berörda områden. I dag har flera myndigheter och organisationer uppgifter som rör kunskapsspridning inom missbruksområdet, bland andra Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och Statens beredning för medicinsk utvärdering. Dessutom ska FAS utveckla ett långsiktigt flerårigt tvärvetenskapligt program för forskning inom området alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. FAS ska även lämna en särskild redovisning av sitt stöd till forskning inom området.

Utbildning

Regeringen delar utredningens bedömning att yrkesverksammas kompetens måste höjas i olika avseenden för att uppnå målsättningen om en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård.

Det är i många fall en krävande uppgift att upprätthålla en kunskapsbaserad praktik. För att kunna utreda behov och utföra kunskapsbaserade insatser krävs speciell utbildning och kompetens, bland annat för att diagnostisera olika missbruks- och beroendetillstånd, bedöma vårdbehov och ge olika målgruppspecifika behandlings- och stödinsatser. Inom delar av missbruks- och beroendevården ställer arbetet också krav på kunskap om både psykiatrisk och somatisk omvårdnad. Den önskvärda kompetensen är således av sammansatt natur och måste inhämtas både genom studier och praktik.

Grundutbildningen av yrkesverksamma sker vid en rad olika utbildningsanstalter och det är därför inte möjligt att ta fram generella direktiv eller kursplaner. Detsamma gäller för olika typer av vidareutbildningar. Regeringen noterar att flera universitet och högskolor har utvecklat specifika utbildningar för yrkesverksamma inom missbruks- och beroendevården. Särskilt glädjande är att flera universitet har tagit fram magisterutbildningar på området.

När det gäller frågan om specialistutbildning i beroendemedicin för läkare ser regeringen behov av att uppmärksamma missbruk och beroende. Vid Socialstyrelsen pågår en översyn av specialistindelning för läkare med planerat ikraftträdande år 2014. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över möjligheten att i samband med nämnda översyn överväga en ny specialitet för beroendemedicin.

8 Tvångsvård

Regeringens bedömning: Tvångsvård vid missbruk bör även fortsättningsvis regleras i lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Inga lagändringar bör göras när det gäller tvångsvården.

Utredningens förslag: Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) ska integreras så att LVM upphävs medan LPT förtydligas för att

bättre tillgodose behovet av vård utan samtycke också för människor med missbruk eller beroende. Landstinget får därmed ansvaret för all vård utan samtycke vid psykisk sjukdom. I LPT och i 31 kap. 3 § brottsbalken föreslås att som allvarlig psykisk störning ska avses även att patienten till följd av missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

Remissinstanserna: Ett flertal av remissinstanserna har kommenterat förslaget och en övervägande majoritet avstyrker eller ställer sig tveksam till förslaget. *Riksdagens ombudsmän (JO)* motsätter sig bestämt att det genom en lagteknisk konstruktion skulle bli möjligt att vårda personer enligt LPT i fall då den enskilde inte har en allvarligt psykisk störning, som i dag motiverar sådan tvångsvård. Den föreslagna bestämmelsen är utformad på ett alltför obestämt sätt för att den ska kunna ligga till grund för ett beslut att vårda någon med stöd av LPT. Enligt JO är betänkandet i denna del inte så underbyggt att det kan ligga till grund för lagstiftning och inte heller för ett avskaffande av LVM. *Kammarrätten i Stockholm* konstaterar att förslaget bygger på utredningens uppfattning att missbruk eller beroende är en psykiatrisk diagnos och som därmed ska bli föremål för psykiatrisk behandling vilket kammarrätten tycker är synnerligt tveksamt. Kammarrätten menar vidare att det är svårt att förstå vad utredningen vill uppnå med förslaget eftersom en person som lider av en allvarlig psykisk störning och där övriga rekvisit är uppfyllda i 3 § LPT omfattas av lagen oavsett om den psykiska störningen är orsakad av missbruk eller av andra orsaker. *Göta hovrätt, Malmö tingsrätt, Förvaltningsrätten i Göteborg, Justitiekanslern, Åklagarmyndigheten, Rikspolisstyrelsen* och *Rättsmedicinalverket* framhåller att förslaget påverkar det straffrättsliga området och att konsekvenserna ur ett straffrättsligt perspektiv är oklara och kräver en djupare analys. Vidare anser *Göta hovrätt* att utredningens förslag ger fortsatt utrymme för tolkningssvårigheter vilket innebär att den i dag ojämna tillämpningen av tvångsvård enligt LVM, som är ett av utredningens starkaste motiv till förslaget, riskerar att kvarstå även med denna nya konstruktion. Mot denna bakgrund avstyrker hovrätten den föreslagna ändringen. *Kammarrätten i Stockholm, Förvaltningsrätterna i Härnösand* och *Uppsala* och *Domstolsverket* ser utifrån sina erfarenheter av både LPT och LVM en risk för att en person med missbruksproblem inte kommer att kunna ges nödvändig vård om denne inte samtycker till vårdinsatserna. *Kammarrätten i Stockholm* pekar på att konsekvenserna av att LVM upphör inte har belysts av utredningen. Även *Socialstyrelsen* och *Statens institutionsstyrelse* avvisar förslaget med hänvisning till att det inte är tillräckligt utrett för att kunna leda till lagstiftning. En stor andel av kommunerna och alla landsting har kommenterat förslaget. En övervägande majoritet ställer sig tveksamma eller avvisande till förslaget. De skäl som framförs är framför allt att konsekvenserna av att LVM integreras i LPT är otillräckligt belysta. En annan invändning är risken för att unga personer på väg in i ett mycket destruktivt beteende inte fångas upp om förslaget genomförs eftersom den sociala indikation som finns i LVM då skulle försvinna. Kommuner och landsting ser inte heller att rättssäkerheten för den enskilde skulle stärkas av förslaget utan tvärtom. Flera kommuner framhåller även att LVM är ett redskap för kommunen att ta sitt yttersta

ansvar för sina kommuninvånare, vilket skulle försvåras om LVM upphör. Samtidigt ser flera kommuner och landsting behov av att öka kvaliteten i LVM-vården samt efterlyser en bredare översyn av all lagstiftning kring vård mot den enskildes vilja. *Svensk förening för Beroendemedicin* och *Svenska läkaresällskapet* är däremot positiva till förslaget och menar att dagens LPT väl täcker det behov av akuta åtgärder som krävs för att bryta ett destruktivt missbruk om den tillämpas enligt dess intentioner. De menar att förekomst av två tvångslagstiftningar ger utrymme för gränsdragningsproblem och menar också att den omfattande samsjuklighetsproblematiken mellan psykiska störningar och missbruk/beroende hanteras bäst inom psykiatrin. Även *Föreningen Sveriges Socialchefer* ser positivt på att i en enda lag reglera tvångsvården. Dock menar föreningen att en sådan förändring kräver en mer omfattande analys av båda lagarna.

Skälen för regeringens bedömning

Nuvarande lagstiftning

Det finns tre lagar som reglerar möjligheten att ge vård utan samtycke. Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) reglerar tvångsvård inom den kommunala socialtjänsten som utövas vid LVM-hem och som drivs av Statens Institutionsstyrelse. Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) reglerar tvångsvården inom landstingets hälso- och sjukvård. Bestämmelser om tvångsvård av barn och unga finns i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, (LVU).

LVM är ett komplement till socialtjänstlagen (SoL). En person med missbruksproblem ska beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i LVM. För tvångsvårdens innehåll och utformning gäller bestämmelserna i socialtjänstlagen om inte något annat anges i LVM. Tvångsvården ska syfta till att genom behövliga insatser motivera den som missbrukar så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk (3 §).

Tvångsvård ska beslutas om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt. Härutöver krävs att han eller hon till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående för att tvångsvård ska kunna ske (4 §).

Regleringen av den psykiatriska tvångsvården finns i LPT, som är ett komplement till hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

I 3 § LPT anges vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda för att tvångsvård ska få ges. Tre förutsättningar ska vara uppfyllda samtidigt. En förutsättning är att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Vidare krävs att patienten på grund av sitt tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som

inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård). Det krävs också att patienten motsätter sig sjukhusvården eller att det till följd av hans eller hennes psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med erforderligt samtycke. Vid bedömningen av patientens vårdbehov ska också beaktas om han eller hon till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Särskilda regler för den psykiatriska tvångsvården av lagöverträdare finns i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Flertalet regler i LPT är genom hänvisningar i LRV tillämpliga även vid rättspsykiatrisk vård. Lagen gäller bl.a. personer som ges psykiatrisk tvångsvård som brottspåföljd eller som är häktade eller är intagna i en kriminalvårdsanstalt.

Den som lider av en allvarlig psykisk störning och som begått ett brott för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter kan överlämnas till rättspsykiatrisk vård. En förutsättning är att det med hänsyn till den tilltalades psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (31 kap. 3 § första stycket brottsbalken).

I detta sammanhang kan Psykiatrilagsutredningens betänkande Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17) nämnas. I betänkandet föreslås ändringar i den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. Bl.a. föreslås att LPT och LRV upphävs och att lagstiftningen för den psykiatriska tvångsvården samlas i en ny lag. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Utredningens förslag om en integrering av LVM i LPT

Vård utan samtycke enligt LVM har enligt utredningens kartläggning sjunkit under en följd av år så att antalet tvångsvårdade enligt lagen uppgår till cirka 300 personer vid en given tidpunkt. Cirka två tredjedelar av dessa fyller tillika enligt aktuella studier kriterierna för en eller flera andra psykiatriska diagnoser. Samtidigt vårdas cirka 1 400 människor per dag i heldygnsvård enligt LPT. Hälften eller fler av dessa har någon grad av missbruks- eller beroendeproblem. Utredningen framhåller att varken LPT-vården inom hälso- och sjukvården eller den av Statens institutionsstyrelse bedrivna LVM-vården inom socialtjänsten är organiserad på ett optimalt sätt för att behandla denna samsjuklighet.

Utredningen har bland annat mot denna bakgrund föreslagit att LVM ska integreras i LPT och att LVM därmed ska upphöra att gälla. Det grundläggande skälet för denna lösning är utredningens förslag om att samla behandlingsansvaret inom missbruks- och beroendevården hos landstinget. Utredningen menar att LPT redan i dag är möjlig att tillämpa i de fall en person har ett allvarligt missbruk. Utredningen refererar i detta sammanhang till den vägledande redogörelse för olika psykiska tillstånd som vid tillkomsten av LPT avsågs kunna utgöra grund för tvångsvård. Av denna redogörelse framgår enligt utredningen bland

annat att till allvarlig psykisk störning bör hänföras också alkoholpsykoserna, såsom delirium tremens och alkoholhallucinos och klara demensstillstånd. Detsamma gäller de psykosor som kan drabba narkotikamissbrukare. Även i andra situationer när en missbrukare har kommit in i ett allvarligt förvirringstillstånd och det är uppenbar fara för hans hälsa eller liv ska tvångsvård kunna tillgripas. Självklart är dock att ett allvarligt missbruk som leder enbart till allvarliga kroppsliga komplikationer inte ska kunna medföra psykiatrisk tvångsvård (prop. 1990/91:58).

Utredningen föreslog därför att förutsättningarna för tvångsvård enligt 3 § LPT skulle kompletteras med en bestämmelse som klargör att som allvarlig psykisk störning avses även att patienten är beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel eller till följd av sitt missbruk av ett sådant medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. Enligt utredningen innebar detta att LPT skulle ändras så att det klart framgår att med allvarlig psykisk störning avses även i vissa fall konsekvenserna av missbruk eller beroende av alkohol och andra angivna medel. Begreppet allvarlig psykisk störning utvidgas enligt utredningens mening inte i förhållande till vad som redan gäller. Utredningens bedömning är att alla som i dag kan tas in för LVM-vård i fortsättningen kommer att kunna tas in för LPT-vård. En jämförelse med intagningsgrunderna för LVM-vård visar att dessa föreskriver tvångsvård bland annat när den som missbrukar utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara. Att ett allvarligt missbruk enbart leder till allvarliga kroppsliga komplikationer är enligt utredningen sällan fallet. Som framgår ovan har majoriteten av remissinstanserna antingen ställt sig tveksamma eller tydligt avvisande till förslaget. En grundläggande invändning som framförts av ett flertal remissinstanser oavsett om de i övrigt ser positivt eller negativt på en integrering av de två lagarna, är att konsekvenserna av de föreslagna förändringarna inte är tillräckligt belysta.

Flera remissinstanser har påpekat att utredningen inte har redogjort för konsekvenserna av att LVM föreslås upphävas. LVM innehåller flera rekvisit för tvångsvård som nu föreslås tas bort. Vård med stöd av LVM ska kunna ges den som behöver tvångsvård för att komma bort från sitt missbruk när vård inte kan ges på frivillig väg och man till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Flera remissinstanser har pekat på att det finns risk för att missbrukare inte kommer att ges nödvändig vård om de inte samtycker till vårdinsatserna, t.ex. om han eller hon utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig skada. Regeringen instämmer i detta.

Många remissinstanser, däribland flera kommuner och landsting, ser inte heller att rättssäkerheten för den enskilde skulle stärkas av förslaget utan tvärtom. Flera kommuner framhåller även att LVM är ett redskap för kommunen att ta sitt yttersta ansvar för sina kommuninvånare, vilket skulle försvåras om LVM upphör.

Framför allt de rättsliga instanserna efterfrågar en tydligare belysning av bl.a. konsekvenserna på det straffrättsliga området. Förslaget till ändring i 31 kap. 3 § brottsbalken, syftar enligt utredningen till att klargöra att begreppet allvarlig psykisk störning i brottsbalken och därmed också

LRV, har samma innebörd som i den föreslagna 3 a § LPT. Som *Göta hovrätt* och *Malmö tingsrätt* påpekar skulle denna förändring innebära ett principiellt avsteg från den ordning som nu gäller enligt 31 kap. 3 § första stycket brottsbalken. För att rätten ska kunna överlämna någon till rättspsykiatrisk vård krävs i dag *dels* att den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, lider av en allvarlig psykisk störning, *dels* att det med hänsyn till hans eller hennes psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård. Två skilda kriterier – varav det ena tar sikte på graden av störning och det andra tar sikte på vårdbehovet – måste således vara uppfyllda. Förslaget i det nya tredje stycket innebär att såsom allvarlig psykisk störning enligt första och andra styckena ska avses även att den tilltalade till följd av missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. Genom den föreslagna förändringen görs alltså behovet av vård till en del av bedömningen av om det föreligger en i paragrafens mening relevant störning. En sådan reglering synes innebära att de båda kriterierna i paragrafen (graden av störning och behovet av vård) blandas samman. Regeringen delar remissinstansernas synpunkter att konsekvenserna på det straffrättsliga området inte har belysts. Regeringen delar inte utredningens bedömning att den föreslagna lagändringen i 31 kap. 3 § brottsbalken inte innebär någon ändring i sak. Regeringen anser också att det skulle vara främmande att där specifikt definiera en viss form av en allvarlig psykisk störning bland andra psykiska störningar.

Regeringens sammanfattande bedömning är att utredningens förslag är alltför oklart och svårtolkat. Konsekvenserna av utredningens förslag har inte heller redovisats tillräckligt. Regeringen gör därför bedömningen att det saknas tillräckligt beredningsunderlag och att det därför inte går att föreslå några lagändringar när det gäller tvångsvården. Regeringen ställer sig också tveksam till om de goda intentioner som ligger bakom förslaget skulle komma att infrias om förslagen genomfördes.

9 Ikraftträdande

De föreslagna ändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2013.

10 Konsekvenser av förslagen

Sedan länge har det funnits ett uttalat behov av och en förväntan på samverkan mellan huvudmännen, bland annat när det gäller personer med missbruks- eller beroendeproblem. Denna grupp har många gånger behov av insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst och ett gemensamt ansvar är nödvändigt för att kunna tillgodose gruppens behov på ett tillfredsställande sätt.

Den föreslagna bestämmelsen om överenskommelser om samverkan innebär en skyldighet för landsting och kommuner att ingå överenskommelser med varandra. Huvudmännen har redan ett ansvar att samverka enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Behovet av samarbete är angeläget, men det som förefaller saknas för att kommuner och landsting ska leva upp till lagstiftningens intentioner om samverkan är att det finns fastlagda former och rutiner för hur detta samarbete ska gå till.

Regeringen bedömer att en skriftlig överenskommelse är det bästa instrumentet för att snabbt få till stånd bra samverkansformer och rutiner. Det kan i sin tur leda till bättre samordnade insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård. På detta sätt införs även ett instrument som förtydligar det befintliga ansvar som huvudmännen redan har enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen för att tillfredsställa ett sammansatt behandlings- och stödbehov hos personer som behöver insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det faktum att det också finns ett instrument för samverkan torde dessutom underlätta den framtida tillsynen av att samverkan fungerar tillfredsställande.

En lagstadgad skyldighet måste emellertid vägas mot respekten för det kommunala självstyret. Samtidigt kan det inom missbruksområdet konstateras att utan samverkan är det svårt för kommuner och landsting att ta sitt ansvar fullt ut. Regeringen anser därför att behovet av lagreglerad skyldighet att ingå överenskommelser väger tyngre än den inskränkning i det kommunala självstyret som detta innebär. Det finns heller inget lämpligt alternativ, som är mindre ingripande i det kommunala självstyret, som skulle kunna ersätta en skyldighet att ingå överenskommelse. Förslaget är dessutom en ringa inskränkning i det kommunala självstyret i förhållande till vad som redan gäller inom detta område.

Kommuner och landsting som redan etablerat ett formaliserat samarbete kring personer med missbruks- eller beroendeproblematik, behöver med anledning av detta förslag inte träffa några överenskommelser därutöver.

Regeringen gör bedömningen att finansieringsprincipen inte är tillämplig. Den föreslagna bestämmelsen om skyldigheten att ingå överenskommelser kommer, enligt regeringens bedömning, inte att innebära några ekonomiska eller andra konsekvenser för huvudmännen. Överenskommelserna i sig innebär inte någon ambitionshöjning, med hänsyn till att huvudmännen redan i dag är skyldiga enligt lag att samverka. Samtidigt förutser regeringen att överenskommelser om hur verksamheter ska dimensioneras, uppgifter fördelas och samverkan säkerställas, kan komma att innebära att områden där behandlingsutbudet i dag brister, identifieras och därmed behöver utvecklas inom ramen för respektive huvudmans nuvarande ansvarsområden. Socialstyrelsen påpekade i sin förstärkta tillsyn 2008–2010 att insatser kunde saknas inom delar av landsting eller kommuner, vilket får till följd att enskilda inte garanteras tillgång till individuellt anpassade insatser eller att behov inte tillgodoses för olika målgrupper. Ett krav på överenskommelse torde snarare bidra till att effektivisera samarbetet och skapa förutsättningar för samordnade insatser. Formaliseringen av samarbetet bör därför också verka kostnadsbesparande på sikt.

De initiativ som regeringen föreslår i föreliggande proposition ligger i linje med den inriktning som regeringen lagt fast i den samlade ANDT-

strategi, som antogs av riksdagen i mars 2011 (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU 8, skr. 2010/11:203) och finansieras därmed inom ramen för anslaget 2.7 Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska åtgärder inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Regeringen avser att avsätta närmare 260 miljoner kronor per år under mandatperioden för arbetet.

11 Författningskommentar

11.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

8 b §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 5.1.

Av paragrafen följer en skyldighet för kommuner och landsting att komma överens om ett samarbete när det gäller personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Exempel på andra beroendeframkallande medel är vissa flyktiga lösningssmedel, såsom thinner och lim. Ett beroendeframkallande medel kan också vara sådan vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor under förutsättning att en sådan vara är beroendeframkallande. Det kan också dyka upp nya medel i framtiden som kan vara beroendeframkallande.

När det gäller läkemedel och dopningsmedel omfattas alla sådana medel av paragrafen oavsett om de är beroendeframkallande eller inte.

Om ett landsting och en kommun redan har en överenskommelse om ett samarbete beträffande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel behövs inte någon ytterligare överenskommelse enligt denna paragraf.

Paragrafen är utformad på ett likadant sätt som bestämmelsen i 8 a § hälso- och sjukvårdslagen bortsett från att 8 a § gäller personer med psykiskt funktionshinder.

Bestämmelsen har utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag.

11.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

5 kap. 9 a §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 5.1.

Av paragrafen följer en skyldighet för kommuner och landsting att komma överens om ett samarbete när det gäller personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Exempel på andra beroendeframkallande medel är vissa flyktiga lösningssmedel, såsom thinner och lim. Ett beroendeframkallande medel kan

också vara sådan vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor under förutsättning att en sådan vara är beroendeframkallande. Det kan också dyka upp nya medel i framtiden som kan vara beroendeframkallande.

När det gäller läkemedel och dopningsmedel omfattas alla sådana medel av paragrafen oavsett om de är beroendeframkallande eller inte.

Om ett landsting och en kommun redan har en överenskommelse om ett samarbete beträffande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel behövs inte någon ytterligare överenskommelse enligt denna paragraf.

Paragrafen är utformad på ett likadant sätt som bestämmelsen i 5 kap. 8 a § socialtjänstlagen bortsett från att 5 kap. 8 a § gäller personer med psykiskt funktionshinder.

Bestämmelsen har utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag.

Sammanfattning av betänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35)

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 institutionsstyrelse 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 afterwork, servering vid idrottsarrangemang, etc. I dag 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.

I dag 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 i dag lägger ner på vård, behandling och stöd. Samtidigt visar utredningens undersökningar att investeringar i missbruks- och beroendevård är samhällsekonomiskt lönsamma.

5 Otydligt ansvar drabbar individerna 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 ojämlig

I dag 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 beroendetillstånd, 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 kunskaps-baserade 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. Målgruppsspecifika 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 inter文enera 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 i dag 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 insatserns 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 avpassad 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 uppmontras 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 m.m. (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 vårdenhet, 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 Krimi-

nalvården 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 under-utnyttjad 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, arbetsoförmåga 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.

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 skatteväxlas 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 m.m., 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.

Ikraftträdande

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.

Författningsförslag i betänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35)

Prop. 2012/13:77
Bilaga 2

1 Förslag till Lag om missbruks- och beroendevård

Härigenom föreskrivs följande.

Mål och tillämpningsområde

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om landstingens och kommunernas särskilda ansvar inom missbruks- och beroendevården. I tillämpliga delar gäller lagen också för missbruks- och beroendevård som bedrivs av annan huvudman.

Om inte annat följer av denna lag gäller bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Bestämmelser om vård utan samtycke ges i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Den som är under 20 år kan även ges vård utan samtycke enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

2 § Målet för denna lag är att lägga fast kommunens och landstingets ansvar för olika insatser inom missbruks- och beroendevården, göra sådana insatser tillgängliga för den enskilde och stärka den enskildes ställning.

3 § Insatser inom missbruks- och beroendevården syftar till stöd, vård och behandling åt människor som genom sin användning av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel riskerar att skada sin hälsa eller sociala situation.

Insatserna syftar även till att ge stöd åt närstående till människor som använder sådana medel på ett skadligt sätt.

Landstingets ansvar

4 § Landstinget har inom missbruks- och beroendevården ansvaret för rådgivning och behandling. Hit hör främst tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, läkemedelsbehandling och psykosocial behandling.

Landstinget kan träffa överenskommelse med en kommun eller ett annat landsting om att fullgöra vissa insatser inom missbruks- och beroendevården.

Kommunens ansvar

5 § Kommunen har inom socialtjänsten ansvaret för rådgivning och psykosocialt stöd samt stöd till boende, sysselsättning och försörjning.

Kommunen kan träffa överenskommelse med en annan kommun eller med ett landsting om att fullgöra vissa insatser inom missbruks- och beroendevården.

Till kommunens uppgifter inom missbruks- och beroendevården hör även att bistå arbetsgivarna inom kommunen med information och råd när det gäller missbruksfrågor.

Tidiga insatser

6 § Landstinget ska upprätta program inom primärvården i landstingsområdet som syftar till att tidigt upptäcka och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol och andra medel som sägs i 3 §.

Kommunen ska upprätta program för det sociala arbetet i kommunen som syftar till att tidigt upptäcka och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol och andra medel som sägs i 3 §.

Utredning och planering

7 § Landstinget och kommunen har var för sig ett ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning när den enskilde behöver insatser inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Upprättas en individuell plan enligt 2 kap 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), ska kommunen ha det övergripande ansvaret för planen, om inte landstinget och kommunen kommer överens om annat. Den enskildes önskemål beträffande en individuell plan och huvudman för det övergripande ansvaret ska särskilt beaktas.

Har den enskilde även behov av annan hälso- och sjukvård än som sägs i 4 §, ska landstinget se till att detta behov tillgodoses samordnat med missbruks- och beroendevården när detta är lämpligt.

Samarbetsavtal

8 § Landstinget och kommunen ska ingå ett avtal om samarbete i fråga om insatser för människor som har problem med missbruk eller beroende eller riskabelt bruk av medel som sägs i 3 §. Människor som behöver sådana insatser och deras närstående bör ges möjlighet att aktivt medverka till innehållet i samarbetsavtalet och göras delaktiga i uppföljningen av detta.

Avtal enligt första stycket kan även träffas mellan landstinget och flera kommuner eller ett kommunalförbund.

Landsting som har en kriminalvårdsanstalt inom sitt område ska även ingå ett avtal med Kriminalvården om samarbete i fråga om insatser för intagna som har problem med missbruk eller beroende eller riskabelt bruk av medel som sägs i 3 §.

Förstärkt vårdgaranti

9 § Landstinget ska erbjuda dem som är bosatta inom landstinget och som behöver planerad, specialiserad vård för sitt missbruk eller beroende en garanti för att allsidigt utreda och inleda behandling snarast och senast inom 30 dagar från den dag han eller hon söker vård eller behovet av vård på annat sätt uppmärksammas inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Akuta behov ska tillgodoses genast.

Kommunen ska erbjuda dem som vistas inom kommunen och som behöver psykosociala insatser på grund av sitt missbruk eller beroende en garanti för att en individuell plan upprättas snarast och senast inom 30 dagar från den dag den enskilde söker psykosocialt stöd eller behovet av sådant stöd uppmärksammas på annat sätt inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om innehållet i garantier enligt första och andra styckena.

10 § Landstingets ansvar enligt 9 § första stycket gäller även dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget samt dem som inom landstinget är intagna i kriminalvårdsanstalt eller i hem för vård eller boende som avses i socialtjänstlagen (2001:453) eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Har patient som avses i första stycket också behov av vård eller behandling för annan sjukdom än som avses i 9 § första stycket, gäller landstingets ansvar även för sådan vård eller behandling.

11 § Om landstinget inte inom 30 dagar eller annan längre tidsfrist som överenskommits med den enskilde inleder en behandling som erbjudits enligt 9 § första stycket, har den enskilde rätt att få denna utförd av någon annan. Landstinget är då skyldigt att ersätta skäligena kostnader för utförda insatser.

Kvalitet och kompetens

12 § Insatser enligt denna lag ska vara av god kvalitet och grundade på kunskap och erfarenhet. Kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas, följas upp och säkras.

För utförande av uppgifter enligt denna lag ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Verksamheter som bedriver behandling av människor som har problem med missbruk eller beroende av medel som sägs i 3 § ska vara auktoriserade enligt bestämmelser som meddelas av regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer.

13 § Människor med missbruks- eller beroendeproblem har rätt till ett gott bemötande av dem som verkar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

I arbetet med att utveckla insatserna inom missbruks- och beroendevården ska landstinget och kommunen söka ta till vara de erfarenheter som finns inom organisationer som företräder människor som behöver sådana insatser och deras närstående.

Tillsyn m.m.

14 § Socialstyrelsen har tillsyn över all verksamhet enligt denna lag.

Tillsyn enligt denna lag innebär granskning av att verksamheten uppfyller mål och krav enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

15 § Om Socialstyrelsen finner att det i verksamhet som står under tillsyn enligt denna lag förekommer ett missförhållande som har betydelse för enskildas möjligheter att kunna få insatser enligt lagen, får Socialstyrelsen förelägga den som svarar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Ett föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som Socialstyrelsen anser nödvändiga för att det påtalade missförhållandet ska kunna avhjälpas. Föreläggandet får förenas med vite.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Prop. 2012/13:77
Bilaga 2

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 §, 5 kap. 9 §, 6 kap. 3 §, 10 kap. 4 och 6 §§, 16 kap. 10 § samt rubriken närmast före 5 kap. 9 § socialtjänstlagen (2001:453) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

3 §

Bestämmelser om vård utan samtycke ges i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Bestämmelser om vård utan samtycke ges i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

5 kap.

9 §

Missbrukare

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

Människor med missbruksproblem

Socialnämnden ska aktivt sörja för att den enskilde inom missbruks- och beroendevården får det stöd och den vård som han eller hon behöver för att begränsa skadorna och komma ifrån missbruket. Nämnden ska i samförstånd med den enskilde planera stödet och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

I lagen (2011:00) om missbruks- och beroendevård finns särskilda bestämmelser om den enskildes rätt och kommunens ansvar för olika insatser.

6 kap.

3 §²

Behovet av sådana hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska tillgodoses av staten. Statens institutionsstyrelse leder verksamheten vid hemmen. Bestämmelser om tillsyn m.m. över verksamheten vid

Behovet av sådana hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ska tillgodoses av staten. Statens institutionsstyrelse leder verksamheten vid hemmen. Bestämmelser om tillsyn m.m. över verksamheten vid hemmen finns i 13 kap.

² Senaste lydelse 2009:596.

hemmen finns i 13 kap.

Statens institutionsstyrelse får, om det finns särskilda skäl för det, genom avtal uppdra åt ett landsting eller en kommun att inrätta och driva ett sådant hem som avses i första stycket.

För vård i ett hem som avses i denna paragraf får staten ta ut avgift av den kommun som begärt placeringen.

10 kap.

4 §

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får ges endast åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden i ärenden som är en uppgift för nämnden enligt 6 kap. 6, 8, 12 och 13 §§ denna lag, 4 och 6 §§, 11 § första och andra styckena, 13 §, 14 § tredje stycket, 21, 22, 24, 26, 27 och 43 §§ lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *samt 11 och 13 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.*

Första stycket gäller även i ärenden enligt 6 kap. 14 § om samtycke vägras och beslut enligt 9 kap. 3 § om att föra talan om återkrav enligt 9 kap. 1 §.

6 §

Bestämmelser om rätt att i vissa fall fatta beslut i socialnämndens ställe finns i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.*

Bestämmelser om rätt att i vissa fall fatta beslut i socialnämndens ställe finns i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

16 kap.

10 §³

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser

1. barn och unga,

2. äldre *personer*,

3. *personer* med funktionsnedsättning,

4. *missbrukare*, och

5. personer som anges i 5 kap. 11 §.

2. äldre *människor*,

3. *människor* med funktionsnedsättning,

4. *människor* med missbruksproblem, och

5. *människor* som anges i 5 kap. 11 §.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får också meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, per-

³ Senaste lydelse 2009:596.

sonliga säkerhet eller hälsa i verksamhet vid sådana hem som avses i 6 kap. 3 §.

Prop. 2012/13:77
Bilaga 2

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 2 g och 4 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 g §⁴

Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
 2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
 3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.
- 3. har problem med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel.*

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

4 §⁵

Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska landstinget erbjuda sådan vård.

Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det.

Särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård finns i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

I lagen (2011:00) om missbruks- och beroendevård finns särskilda bestämmelser om den enskildes rätt och landstingets ansvar för olika insatser.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

⁴ Senaste lydelse 2009:979.

⁵ Senaste lydelse 2008:345.

4 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Prop. 2012/13:77
Bilaga 2

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

dels att 1, 3 och 16 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas nya paragrafer, 3 a § och 21 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §⁶

Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. *I lagen (2011:00) om missbruks- och beroendevård finns särskilda bestämmelser om landstingets ansvar för olika insatser.*

Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Vad som sägs i denna lag om ett landsting gäller även en kommun som inte ingår i ett landsting.

Med chefsöverläkare avses i denna lag chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven.

3 §⁷

Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller

2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

⁶ Senaste lydelse 2008:415.

⁷ Senaste lydelse 2008:415.

Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning enligt första stycket utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas,

1. om patienten kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir, och

2. om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

3 a §

Som allvarlig psykisk störning enligt 3 § avses även att patienten till följd av missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

16 §⁸

En vårdplan *skall* upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Vårdplanen *skall* ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården *skall* uppnås och för att resultaten av dessa insatser *skall* kunna bestå.

Så långt möjligt *skall* planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt *skall* samråd ske också med dennes närstående.

Chefsöverläkaren *skall* undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt det är möjligt *skall* detta ske i samråd med patienten.

En vårdplan *ska* upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Vårdplanen *ska* ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården *ska* uppnås och för att resultaten av dessa insatser *ska* kunna bestå. *Särskilt ska uppmärksammas om patienten behöver insatser för missbruk eller beroende av medel som sägs i 3 a §.*

Så långt möjligt *ska* planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt *ska* samråd ske också med dennes närstående.

Chefsöverläkaren *ska* undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt det är möjligt *ska* detta ske i samråd med patienten.

21 a §

Om inte annat föranleds av medicinska eller liknande skäl, är patien-

⁸ Senaste lydelse 2000:353.

ten skyldig att efter uppmaning lämna urin-, utandnings-, saliv-, svett-, blod- eller hårprov för kontroll att han eller hon inte är påverkad av något sådant medel som anges i 3 a §. Prop. 2012/13:77
Bilaga 2

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013, då lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska upphöra att gälla.

2. Tvångsvård som förvaltningsrätten beslutat om enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall före den 1 januari 2013 får pågå längst till den 30 juni 2013. Under denna tid ska den lagens bestämmelser gälla i tillämpliga delar.

5 Förslag till lag om ändring i brottsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om brottsbalken
dels att 31 kap. 2 § ska upphöra att gälla,
dels att 30 kap. 9 § och 31 kap. 3 § ska följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

30 kap.

9 §⁹

Vid val av påföljd *skall* rätten som skäl för skyddstillsyn beakta om det finns anledning att anta att denna påföljd kan bidra till att den tilltalade avhåller sig från fortsatt brottslighet.

Som särskilda skäl för skyddstillsyn i stället för fängelse kan rätten beakta

1. om en påtaglig förbättring skett av den tilltalades personliga eller sociala situation i något hänseende som kan antas ha haft samband med hans brottslighet,

2. om den tilltalade undergår behandling för missbruk eller annat förhållande som kan antas ha samband med hans brottslighet.

3. om missbruk av beroendeframkallande medel eller något annat särskilt förhållande som kräver vård eller annan behandling i väsentlig grad har bidragit till att brottet har begåtts och den tilltalade förklarar sig villig att gå igenom lämplig behandling som enligt en för honom uppgjord plan kan anordnas i samband med verkställigheten eller

4. om den tilltalade samtycker till att skyddstillsynen förenas med en föreskrift om samhällstjänst och en sådan föreskrift är lämplig med hänsyn till den tilltalades person och övriga omständigheter.

Vid val av påföljd *ska* rätten som skäl för skyddstillsyn beakta om det finns anledning att anta att denna påföljd kan bidra till att den tilltalade avhåller sig från fortsatt brottslighet.

Som särskilda skäl för skyddstillsyn i stället för fängelse kan rätten beakta

1. om en påtaglig förbättring skett av den tilltalades personliga eller sociala situation i något hänseende som kan antas ha haft samband med hans brottslighet,

2. om den tilltalade undergår behandling för missbruk *eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel* eller annat förhållande som kan antas ha samband med hans brottslighet,

3. om missbruk *eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel* eller något annat särskilt förhållande som kräver vård eller annan behandling i väsentlig grad har bidragit till att brottet har begåtts och den tilltalade förklarar sig villig att gå igenom lämplig behandling som enligt en för honom uppgjord plan kan anordnas i samband med verkställigheten eller

⁹ Senaste lydelse 1998:604.

31 kap.

3 §¹⁰

Prop. 2012/13:77

Bilaga 2

Lider den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, av en allvarlig psykisk störning, får rätten överlämna honom till rättspsykiatrisk vård, om det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

Har brottet begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, får rätten besluta att särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård skall äga rum vid vården, om det till följd av den psykiska störningen finns risk för att han återfaller i brottslighet, som är av allvarligt slag.

Som allvarlig psykisk störning enligt första och andra styckena avses även att den tilltalade till följd av missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

Om det med hänsyn till den tilltalades tidigare brottslighet eller av andra särskilda skäl är påkallat, får rätten i samband med överlämnande till rättspsykiatrisk vård döma till annan påföljd, dock inte fängelse eller överlämnande till annan särskild vård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

¹⁰ Senaste lydelse 1991:1138.

6 Förslag till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Härigenom föreskrivs att 3, 15 c, 16, 17 a och 20 §§ lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §¹¹

Vård *skall* också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Vård *skall* också beslutas om den som dömts till sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken vid verkställighetens slut bedöms vara i uppenbart behov av fortsatt vård för att inte löpa sådan risk som avses i första stycket.

Vård *ska* också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk *eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel*, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Vård *ska* också beslutas om den som dömts till sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken vid verkställighetens slut bedöms vara i uppenbart behov av fortsatt vård för att inte löpa sådan risk som avses i första stycket.

15 c §¹²

Om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är så påverkad av *berusningsmedel* att han eller hon inte kan hållas till ordningen, får den intagne hållas i avskildhet. Han eller hon *skall* då stå under fortlöpande uppsikt av personalen. Den intagne får dock inte hållas i sådan avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd.

Är den intagne under 15 år *skall* läkare skyndsamt yttra sig om varje åtgärd som vidtas enligt första stycket. Om läkaren begär det *skall* åtgärden genast avbrytas.

Om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är så påverkad av *alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel* att han eller hon inte kan hållas till ordningen, får den intagne hållas i avskildhet. Han eller hon *ska* då stå under fortlöpande uppsikt av personalen. Den intagne får dock inte hållas i sådan avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd.

Är den intagne under 15 år *ska* läkare skyndsamt yttra sig om varje åtgärd som vidtas enligt första stycket. Om läkaren begär det *ska* åtgärden genast avbrytas.

¹¹ Senaste lydelse 2006:896.

¹² Senaste lydelse 2003:406.

16 §¹³

Den som omfattas av bestämmelserna i 15 § får inte inneha *narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel* eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor eller injektionsprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika. Den unge får inte heller inneha något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Om sådan egendom påträffas, *skall* den omhändertas.

Den som omfattas av bestämmelserna i 15 § får inte inneha *alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel* eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor eller injektionsprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika. Den unge får inte heller inneha något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Om sådan egendom påträffas, *ska* den omhändertas.

17 a §¹⁴

Den intagne är, om inte annat för-
anleds av medicinska eller liknande
skäl, skyldig att efter uppmaning
lämna blod-, urin- eller utandnings-
prov för kontroll av om han eller hon
är påverkad av *narkotika, alkohol-
haltiga drycker, andra berusnings-
medel, sådana medel som avses i 1 §
lagen (1991:1969) om förbud mot
vissa dopningsmedel* eller sådana
medel som omfattas av lagen
(1999:42) om förbud mot vissa
hälsofarliga varor, om det kan miss-
tänkas att den intagne är påverkad av
något sådant medel.

Den intagne är, om inte annat för-
anleds av medicinska eller liknande
skäl, skyldig att efter uppmaning
lämna blod-, urin- eller utandnings-
prov för kontroll av om han eller hon
är påverkad av *alkohol, narkotika,
läkemedel, dopningsmedel eller
annat liknande medel* eller sådana
medel som omfattas av lagen
(1999:42) om förbud mot vissa
hälsofarliga varor, om det kan miss-
tänkas att den intagne är påverkad av
något sådant medel.

20 §¹⁵

Har *narkotika, alkoholhaltiga
drycker, andra berusningsmedel,
sådana medel som avses i lagen
(1991:1969) om förbud mot vissa
dopningsmedel* eller sådana varor
som omfattas av lagen (1999:42) om
förbud mot vissa hälsofarliga varor

Har *alkohol, narkotika, läkemedel,
dopningsmedel* eller *andra liknande
medel* eller sådana varor som omfat-
tas av lagen (1999:42) om förbud
mot vissa hälsofarliga varor omhän-
dertagits enligt 16 eller 19 § eller har
sådan egendom påträffats inom ett

¹³ Senaste lydelse 2005:468.

¹⁴ Senaste lydelse 2007:1312.

¹⁵ Senaste lydelse 2005:468.

omhändertagits enligt 16 eller 19 § eller har sådan egendom påträffats inom ett hem för särskilt noggrann tillsyn utan att det finns någon känd ägare till egendomen, *skall* Statens institutionsstyrelse låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § första stycket 1 lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Detsamma *skall* gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmedel med narkotika.

hem för särskilt noggrann tillsyn utan att det finns någon känd ägare till egendomen, *ska* Statens institutionsstyrelse låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § första stycket 1 lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Detsamma *ska* gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmedel med narkotika.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

7 Förslag till
lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och
service till vissa funktionshindrade

Prop. 2012/13:77
Bilaga 2

Härigenom föreskrivs att 11 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 §¹⁶

Om någon till följd av ålderdoms-
svaghet, sjuklighet, långvarigt miss-
bruk av *beroendeframkallande* medel
eller någon annan liknande orsak är
ur stånd att själv ta hand om sådant
ekonomiskt stöd från kommunen
som avses i 9 § 2, får kommunen
besluta att ersättningen skall betalas
ut till någon annan person för att
användas till kostnader för personlig
assistans till den stödberättigade.

Om någon till följd av ålderdoms-
svaghet, sjuklighet, långvarigt miss-
bruk av *alkohol, narkotika, läke-
medel, dopningsmedel eller annat
liknande* medel eller någon annan
liknande orsak är ur stånd att själv ta
hand om sådant ekonomiskt stöd från
kommunen som avses i 9 § 2, får
kommunen besluta att ersättningen
skall betalas ut till någon annan per-
son för att användas till kostnader för
personlig assistans till den stödberättigade.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

¹⁶ Senaste lydelse 2005:125.

8 Förslag till lag om ändring i lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.

Häriigenom föreskrivs att 3, 4 och 6 §§ lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. ska följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §¹⁷

Om det behövs med hänsyn till den omhändertagnes tillstånd, skall han så snart det kan ske undersökas av en läkare.

Den omhändertagne ska föras till en av landstinget anordnad enhet för tillnyktring, om inte särskilda skäl talar däremot.

Har landstinget genom samarbetsavtal med ett annat landsting eller en kommun sört för att tillnyktring kan ske på en enhet som anordnas av annan huvudman, ska den omhändertagne föras dit.

4 §¹⁸

En omhändertagen person som inte bereds vård på sjukhus eller någon annan vårdinrättning och inte heller tas om hand på något annat sätt eller annars kan friges får hållas kvar. Den omhändertagne får därvid tas i förvar om det är nödvändigt med hänsyn till ordning eller säkerhet. Förvaras den omhändertagne hos Kriminalvården skall myndigheten utöva tillsyn över den omhändertagne enligt 6 § samt fullgöra de uppgifter som avses i 7 § första och andra styckena, om inte uppgifterna har fullgjorts av polisen.

En omhändertagen person som inte bereds vård på en enhet för tillnyktring som avses i 3 § och inte heller tas om hand på något annat sätt eller annars kan friges får hållas kvar. Den omhändertagne får därvid tas i förvar om det är nödvändigt med hänsyn till ordning eller säkerhet. Förvaras den omhändertagne hos Kriminalvården ska myndigheten utöva tillsyn över den omhändertagne enligt 6 § samt fullgöra de uppgifter som avses i 7 § första och andra styckena, om inte uppgifterna har fullgjorts av polisen.

6 §¹⁹

Den som är omhändertagen skall fortlöpande ses till. Skulle den omhändertagnes tillstånd ge anledning till det, skall den omhändertagne föras till sjukhus eller läkare tillkallas så snart det kan ske.

Den som är omhändertagen ska fortlöpande ses till. En polisman får om det behövs ta alkoholutandningsprov på den omhändertagne. Om den omhändertagne inte är förd till enhet som avses i 3 §, har landstinget ett ansvar för att polisen eller personalen hos Kriminalvården har tillgång

¹⁷ Senaste lydelse 1984:391.

¹⁸ Senaste lydelse 2005:973.

¹⁹ Senaste lydelse 1998:751.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

9 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs i fråga om offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

dels att 25 kap 12 § och 26 kap. 9 § ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas två nya paragrafer , 25 kap. 12 a § och 26 kap. 9 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

25 kap.

12 §

Sekretessen enligt 1 §, 2 § andra stycket och 3–5 §§ hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,
2. fortgående *missbrukar* alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller
2. fortgående *har problem med missbruk eller beroende av* alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel, eller
3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

12 a §

Sekretessen enligt 1 §, 2 § andra stycket och 3–5 §§ hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att kunna följa upp ett ärende om stöd, vård eller behandling enligt lagen (2011:00) om missbruks- och beroendevård.

26 kap.

9 §

Sekretessen enligt 1 § hindrar inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,
2. fortgående *missbrukar* alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller
2. fortgående *har problem med missbruk eller beroende* av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel, eller annat liknande medel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid kvinna eller någon närstående till henne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

26 kap.

9 a §

Sekreessen enligt 1 § hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att kunna följa upp ett ärende om stöd, vård eller behandling enligt lagen (2011:00) om missbruks- och beroendevård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

10 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs att 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 12–14 §§ och av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
 2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
 3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.
- 3. har problem med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel.*

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

11 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

Prop. 2012/13:77
Bilaga 2

Härigenom föreskrivs att 2, 3 och 6 §§ lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Sprututbytesverksamhet får bedrivas endast av landsting inom ramen för dess hälso- och sjukvård och sedan Socialstyrelsen har meddelat tillstånd till verksamheten.

Tillstånd får meddelas endast om den eller de kommuner där verksamheten skall bedrivas har biträtt ansökan.

3 §

Innan en ansökan om tillstånd ges in, skall samråd ske mellan landstinget och samtliga kommuner inom landstinget.

I ansökan skall landstinget redovisa hur behovet av *avgifning* och vård av *missbrukare* kommer att tillgodoses.

I ansökan *ska* landstinget redovisa hur behovet av *abstinensvård* och vård av *personer som missbrukar narkotika* kommer att tillgodoses.

6 §

En spruta eller en kanyl får lämnas ut av landstinget endast om en begagnad spruta eller kanyl samtidigt lämnas in. Utlämnande får dock ske om det finns särskilda skäl till varför motsvarande begagnade sprutor och kanyler inte kan lämnas in.

Sprutor och kanyler som lämnas ut skall vara märkta på ett sådant sätt att det går att fastställa ursprunget.

Sprutor eller kanyler får lämnas ut endast till den som har fyllt 20 år. Utlämnande får ske endast vid personligt besök.

Endast personer som kan anses bosatta i ett landsting som har beviljats tillstånd får delta i sprututbytesverksamhet i det landstinget.

Sprutor och kanyler som lämnas ut *ska* vara märkta på ett sådant sätt att det går att fastställa ursprunget.

Sprutor eller kanyler får lämnas ut till den *som vistas i landstinget och har fyllt 18 år*. Utlämnande får ske endast vid personligt besök.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

12 Förslag till
lag om ändring i polislagen (1984:387)

Härigenom föreskrivs att 12 a § polislagen (1984:387) ska upphöra att gälla vid utgången av december 2012.

13 Förslag till
förordning om ändring i högskoleförordningen
(1993:100)

Prop. 2012/13:77
Bilaga 2

Härigenom föreskrivs att 11 § högskoleförordningen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Högskolorna ska ansvara för att studenterna har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa. Högskolorna ska även ansvara för andra uppgifter av studiesocial karaktär som stöder studenterna i deras studiesituation eller underlättar övergången till arbetslivet samt för att studenterna i övrigt har en god studiemiljö.

11 §²⁰

Högskolorna ska ansvara för att studenterna har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa. *Arbetet med att tidigt upptäcka och kort intervensera vid riskbruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel och andra liknande medel ska särskilt utvecklas som en del av de hälsofrämjande och rehabiliterande insatserna för studenterna i högskolorna.*

Högskolorna ska även ansvara för andra uppgifter av studiesocial karaktär som stöder studenterna i deras studiesituation eller underlättar övergången till arbetslivet samt för att studenterna i övrigt har en god studiemiljö.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2013.

²⁰ Senaste lydelse 2009:770.

14 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 1 §, 3 kap. 6, 10, 13 och 18 §§ samt 8 kap. 1 § socialtjänstförordningen (2001:937) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

1 §

I denna förordning ges kompletterande föreskrifter till

- socialtjänstlagen (2001:453),
- lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
- *lagen (1988:870) om vård av*

missbrukare i vissa fall.

De uttryck och benämningar som används i förordningen har samma betydelse som i dessa lagar.

3 kap.

6 §

Hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *skall* ha tillgång till läkare. En sådan läkare bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.

Hem som ger vård och behandling åt *missbrukare* av alkohol, narkotika eller *flyktiga lösningsmedel* bör ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet.

Dessutom bör hem som avses i denna bestämmelse ha tillgång till psykologisk expertis.

Hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *ska* ha tillgång till läkare. En sådan läkare bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.

Hem som ger vård och behandling åt *dem som missbrukar* alkohol, narkotika, *läkemedel, dopningsmedel* eller *andra liknande medel* bör ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet.

10 §²¹

Statens institutionsstyrelse beslutar om inskrivning i de hem för vård eller boende som avses i 6 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453).

Av 25 § andra stycket lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall framgår att det förutom ett beslut om inskrivning fordras ett särskilt intagningsbeslut för den som tas in med stöd av nämnda lag.

²¹ Senaste lydelse 2005:473.

13 §

Om det för den som ansökan avser finns ett beslut om omhändertagande eller om vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *eller enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, skall* en kopia av eller annan under rättelse om det verkställbara beslutet fogas till ansökan.

Om det för den som ansökan avser finns ett beslut om omhändertagande eller om vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *ska* en kopia av eller annan underrättelse om det verkställbara beslutet fogas till ansökan.

18 §²²

För den som vårdas i ett hem för särskild tillsyn ska det i journalen alltid antecknas de beslut som fattats av Statens institutionsstyrelse enligt 11 § första stycket, 15 a–17 a, 19, 20 §§ och 43 § 3 lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. *Även beslut enligt 31–32 a, 33 a–36 §§ och 45 § 4 lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska antecknas i journalen.*

För den som vårdas i ett hem för särskild tillsyn ska det i journalen alltid antecknas de beslut som fattats av Statens institutionsstyrelse enligt 11 § första stycket, 15 a–17 a, 19, 20 §§ och 43 § 3 lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

8 kap.

1 §²³

Socialstyrelsen får meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser

1. barn och unga,
2. äldre *personer*,
3. *personer* med funktionsnedsättning,
4. *missbrukare*, och
5. *personer* som anges i 5 kap. 11 § socialtjänstlagen (2001:453).

2. äldre *människor*,
3. *människor* med funktionsnedsättning,
4. *människor med missbruksproblem*, och
5. *människor* som anges i 5 kap. 11 § socialtjänstlagen (2001:453).

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2013.

²² Senaste lydelse 2007:1316.

²³ Senaste lydelse 2009:861.

Förteckning över remissinstanser i betänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35)

Betänkandet har remissbehandlats och 185 remissinstanser har haft möjlighet att lämna synpunkter på slutbetänkandet. Av dessa har 159 svarat på remissen. Därutöver har totalt 38 remissvar inkommit utöver remisslistan.

Remissinstanserna

Justitieombudsmannen, Göta Hovrätt, Malmö tingsrätt, Kammarrätten i Stockholm, Förvaltningsrätten i Göteborg, Förvaltningsrätten i Härnösand, Förvaltningsrätten i Malmö, Förvaltningsrätten i Uppsala, Justitiekanslern, Domstolsverket, Åklagarmyndigheten, Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Brottsförebyggande rådet, Ekonomistyrningsverket, Försäkringskassan, Högskoleverket, Kriminalvården, Läkemedelsverket, Myndigheten för vårdanalys, Myndigheten för yrkeshögskolan, Rikspolisstyrelsen, Riksrevisionen, Rättsmedicinalverket, Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Statens institutionsstyrelse, Statens skolinspektion, Statens skolverk, Statskontoret, Trafikverket och Ungdomsstyrelsen.

Länsstyrelsen i Dalarnas län, Länsstyrelsen i Gotlands län, Länsstyrelsen i Kalmar län, Länsstyrelsen i Kronobergs län, Länsstyrelsen i Skåne län, Länsstyrelsen i Stockholms län, Länsstyrelsen i Södermanlands län, Länsstyrelsen i Västernorrlands län och Länsstyrelsen i Västra Götalands län.

Göteborgs universitet, Karolinska universitetssjukhuset, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska universitetssjukhuset/Klinisk farmakologi, Linnéuniversitetet, Lunds universitet, Malmö högskola, Stockholms universitet, Uppsala universitet och Örebro universitet.

Ale kommun, Aneby kommun, Arvika kommun, Bengtsfors kommun, Borgholms kommun, Borlänge kommun, Botkyrka kommun, Bräcke kommun, Ekerö kommun, Enköpings kommun, Eskilstuna kommun, Gävle kommun, Göteborgs kommun, Hagfors kommun, Halmstads kommun, Huddinge kommun, Härnösands kommun, Höganäs kommun, Jönköpings kommun, Karlskrona kommun, Kinda kommun, Lessebo kommun, Lindesbergs kommun, Linköpings kommun, Lunds kommun, Malmö kommun, Nacka kommun, Norrköpings kommun, Nässjö kommun, Piteå kommun, Ronneby kommun, Sala kommun, Simrishamns kommun, Skara kommun, Skellefteå kommun, Stockholms kommun, Storumans kommun, Sundsvalls kommun, Sätters kommun, Söderhamns kommun, Umeå kommun, Upplands Väsby kommun, Uppsala kommun, Vingåkers kommun, Västerviks kommun, Västerås kommun, Växjö kommun, Örebro kommun, Östersunds kommun och Överkalix kommun.

Blekinge läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gotlands kommun, Gävleborgs läns landsting, Hallands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kalmar läns landsting, Kronobergs

läns landsting, Norrbottens läns landsting, Skåne läns landsting, Stockholms läns landsting, Sörmlands läns landsting, Uppsala läns landsting, Värmlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Västmanlands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting och Östergötlands läns landsting.

Akademikerförbundet SSR, Arbetsgivarföreningen KFO, Föreningen Svensk Företagshälsovård, Föreningen Sveriges Socialchefer, Företagarna, Landsorganisationen i Sverige (LO), Polisförbundet, Svensk förening för Beroendemedicin, Svensk sjuksköterskeförening, Svensk socialmedicinsk förening, Svenska akademikers centralorganisation (SACO), Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska Carnegie Institutet, Svenska föreningen för alkohol- och drogforskning (SAD), Svenska Läkaresällskapet, Svenska Narkomanvårdsförbundet, Svenska Narkotikopolisföreningen, Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenskt Näringsliv, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Tjänstemännens Centralorganisation (TCO), Vårdförbundet, Vårdföretagarna, Yrkesförbundet Sveriges Socialarbetare, Aaronsgården HVB, Attendo Individ och Familj, Bostället, Ekelidens vård- och behandlingshem, Behandlingshemmet Ellen, Hammarby Familjebehandling, Maria Beroendecentrum AB, Nämndemansgården i Sverige AB, Stegholms behandlingshem, ALNA, Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN), Convictus, Dianova, Ersta diakoni, Famna, Föreningen länsstyrelsernas alkoholhandläggare (FLA), Föreningen Maskrosbarn, Föreningen Skyddsvärnet/Stockholm, Föräldraföreningen mot narkotika (FMN), Hela Människan, IOGT-NTO, Kommunala alkoholhandläggares förening (KAF), KRIS, Kvinnoorganisationerna Samarbetsråd i Alkohol- och Narkotikafrågor (KSAN), Rainbow Sweden, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL), Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH), Riksförbundet narkotikafritt samhälle (RNS), Riksidrottsförbundet, S:t Lukasstiftelsen, Svenska brukarföreningen, Svenska Nätverket DubbelDiagnoser, Sveriges Landsråd för alkohol- och narkotikafrågor (SLAN), Sällskapen Länkarnas Riksförbund, Ungdomens Nykterhetsförbund (UNF), Verdandi, X-cons, Stadsmissionen (separat utskick).

Utanför remisslistan

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Gryning vård AB, SEKO, Vision (f.d. SKTF), Riksföreningen Psykoterapi Centrum, Sommenbygdens folkhögskola, Sveriges Kliniska Psykologers Förening, Riksförbundet Anhöriga mot Droger (AMD), Länkens Kamratförbund, Karolinska Institutet, Balsam, Helsingborgs stad, Nordin Gun, Missbruksnätverket i norra Bohuslän, Svenska Brukarföreningens anhöriga, jfr nr 179, Blå Bandet, Bergströms Kunsksföretag AB, LP-verksamheten, Smittskyddsläkarföreningen, Arbetsgivarverket, Forskningsrådet för missbruks- och beroendefrågor – nätverk i Västra Götaland, Riksföreningen Sveriges stadsmissioner, Capio Maria/Capio Psykiatri, För Gemensam

Välfärds Vårdgrupp, Riksförbundet för Förstärkt Familjehemsvård, Studenthälsan, Blekinge Tekniska högskola, Nykterhetsrörelsens Samorganisation i Stockholm (NSO), Riksförbundet Attention, Förbundet för Alkohol- och drogterapeuter (FAD), Brukarrådet för missbruks- och beroendefrågor i Stockholms län, Nora kommun, Nätverket 3KVH i Södra Sverige, Sandvikens kommun, Ovanåkers kommun, Hofors kommun, Bollnäs kommun samt Folkbildningsrådet.

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att det i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)²⁴ ska införas en ny paragraf, 8 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 b §

Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra beroendeframkallande medel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

²⁴ Lagen omtryckt 1992:567.

2.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att det i socialtjänstlagen (2001:453) ska införas en ny paragraf, 5 kap. 9 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 kap.

9 a §

Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra beroendeframkallande medel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2013.

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2013-02-08

Närvarande: F.d. justitieråden Susanne Billum och Dag Victor samt justitierådet Annika Brickman.

God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården

Enligt en lagrådsremiss den 31 januari 2013 (Socialdepartementet) har regeringen beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av kanslirådet Charlotte Lönnheim, biträdd av kanslirådet Elisabet Aldenberg.

Förslagen föranleder följande yttrande av *Lagrådet*:

Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen

I remissen föreslås införande av en ny 8 b § om skyldighet för landstinget att ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar vissa typer av medel. Dessa anges vara ”alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra beroendeframkallande medel”. Lagrådet noterar att inte alla läkemedel eller dopningsmedel kan räknas till beroendeframkallande medel i vanlig mening. Bestämmelsen synes därför kunna uppfattas på två sätt, antingen så att den avser alla de uppräknade medlen oavsett om de är beroendeframkallande eller inte, eller så att den avser sådana medel som är beroendeframkallande. Vid lagrådsföredragningen har upplysts att det är den först nämnda innebörden som åsyftas. Lagrådet anser att detta kommer till tydligare uttryck genom att bestämmelsen utformas exempelvis enligt följande.

Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Om det är möjligt...

Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen

I remissen föreslås införande av en ny 5 kap. 9 a §, utformad på i princip samma sätt som den föreslagna 8 b § hälso- och sjukvårdslagen. Lagrådet föreslår att paragrafen utformas i enlighet med vad som angetts ovan.

Socialdepartementet

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 14 mars 2013

Närvarande: Statsministern Reinfeldt, ordförande, och statsråden Bildt, Ask, Larsson, Erlandsson, Hägglund, Carlsson, Borg, Adelsohn Liljeroth, Ohlsson, Norman, Attefall, Engström, Kristersson, Elmsäter-Svärd, Ullenhag, Hatt, Ek, Löf, Arnholm

Föredragande: statsrådet Larsson

Regeringen beslutar proposition 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården