

Personer med tungt missbruk

Stimulans till bättre vård och behandling

Betänkande

*av Utredningen om en vårdöverenskommelse om
missbrukarvården*

Stockholm 2005



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2005:82

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2005

ISBN 91-38-22436-4
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Morgan Johansson

Folkhälso- och socialtjänstministern förordnade den 25 november 2004 generaldirektör Kerstin Wigzell som särskild utredare med uppdrag att senast den 1 oktober 2005 lämna förslag till en vårdöverenskommelse om missbrukarvården mellan staten och kommunsektorn.

Som sakkunniga i utredningen förordnades från och med den 15 februari 2005 projektledare Christina Höglblom, enhetschef Vanja Myrén, enhetschef Tomas Ring och utredare Anita Sundin.

Som sekreterare anställdes Leif Jacobson från och med den 1 januari 2005.

Utredningen har antagit namnet *En vårdöverenskommelse om missbrukarvården*, det vill säga samma benämning som uppdraget givits i regeringens direktiv (dir 2004:164).

Härmed överlämnas betänkandet *Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling (SOU 2005:82)*.

Mitt uppdrag är härmed avslutat.

Stockholm den 16 september 2005

Kerstin Wigzell

Leif Jacobson

Innehåll

Sammanfattning	11
1 Bakgrund till uppdraget	15
1.1 Några kommentarer till direktiven	15
1.2 Utredningens arbete	18
1.3 Andra utredningar inom missbruksområdet	20
2 Internationella utblickar	23
2.1 Danmark har infört behandlingsgaranti	23
2.2 I Norge ansvarar sjukvården för vård av personer med tungt missbruk	23
2.3 Bostad, arbete och skuldsanering ingår i missbruksbehandling för kriminella i Holland	24
3 Missbrukarvården – organisation, bemanning och resurser	27
3.1 Tre huvudmän för missbrukarvården	27
3.2 Cirka 3 000 heltidsanställningar för missbrukarvård inom kommuner och landsting	28
3.3 Små kommuner saknar av naturliga skäl specialiserade enheter för missbrukarvård	29
3.4 Såväl kommuner som landsting rapporterar om bristande resurser för missbrukarvård	29

4	Målgruppen – personer med tungt missbruk	31
4.1	Olika definitioner och beskrivningar av personer med tungt missbruk.....	31
4.2	Ingen definition av missbruk eller missbrukare i lagstiftningen	31
4.3	Begreppet missbrukare reducerar den enskilde till en diagnos	32
4.4	Bruk av narkotika är olagligt och därmed missbruk	32
4.5	Inom sjukvården är missbruk och beroende klassificerade diagnoser.....	32
4.6	Ingen åtskillnad mellan ”lätta” och ”tunga” droger i Sverige	33
4.7	Risk för skador oavsett drogtyp	34
4.8	Brukarorganisationerna betonar sambandet mellan missbruk och social utslagning.....	34
4.9	Antalet personer med tungt narkotikamissbruk skattas till 26 000.....	35
4.10	Osäkra uppgifter om antal personer med tungt alkoholmissbruk	35
4.11	Många personer blandar alkohol och narkotika	35
4.12	Tungt missbruk antas vara vanligast i storstäder.....	36
4.13	Antal LVM-ansökningar är en osäker indikator på missbrukets verkliga omfattning	36
4.14	Alkohol- och narkotikadödlighet som indikator på tungt missbruk.....	36
4.15	Sluten sjukhusvård på grund av missbruk ger god skattning av antal personer med tungt missbruk	37
4.16	Några slutsatser/bedömningar om målgruppen.....	38

5	Missbrukarvårdens mål – framgångsfaktorer och hinder	41
5.1	Målet med missbrukarvården	41
5.2	Framgångsfaktorer och hinder/flaskhalsar.....	41
5.3	Framgångsfaktorer.....	41
5.3.1	Motivation och ”timing”	41
5.3.2	Fokus på missbruket	42
5.3.3	Helhetssyn på individens problem	42
5.3.4	Vård- och behandlingsplanering med strukturerade utredningsinstrument	42
5.3.5	Strukturerad behandling.....	43
5.3.6	Val av lämplig insats	44
5.3.7	Terapeutisk allians och vårdklimat	44
5.3.8	Långsiktighet och kontinuitet	45
5.3.9	Personalens kompetens	45
5.3.10	Organisatoriska förutsättningar	45
5.4	Flaskhalsar/hinder för en effektiv vårdprocess	46
5.4.1	Inom landstingen.....	46
5.4.2	Inom den sociala sektorn	46
5.4.3	Problem som beror på uppsplittringen mellan huvudmän.....	46
5.4.4	Generella brister (oavsett huvudman).....	47
6	Allmänna överväganden	49
6.1	Avtal mellan staten och kommunerna som kollektiv eller mellan staten och enskilda kommuner?	49
6.2	Statsbidrag till utökad verksamhet eller till ökad kompetens?	50
6.3	Nödvändiga förutsättningar för att utveckla missbrukarvården.....	51
6.3.1	Kunskap om vilka insatser som ger resultat.....	51
6.3.2	Samordnade insatser från myndigheterna	51
6.3.3	Principen om ”individen i centrum” måste styra vårdorganisationen	52
6.3.4	Förslag för att utveckla en missbrukarvård med kvalitet.....	52

7	Förslag inom tre angelägna områden.....	55
7.1	Specialiserad och integrerad missbrukarvård.....	55
7.1.1	Motiv för förslagen	56
7.1.2	En tydlig organisation av missbrukarvården i kommunen ger bättre resultat.....	56
7.1.3	Kommunens missbrukarvård och landstingets beroendevård/psykiatri bör integreras.....	57
7.1.4	Lokala avtal reglerar samarbetet.....	57
7.1.5	Vad kan kommuner få statsbidrag till?	58
7.2	Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser	58
7.2.1	Motiv för förslaget	58
7.2.2	Kommuner kan införa lokala behandlingsgarantier	59
7.2.3	Vad kan kommunerna få statsbidrag till?	59
7.3	Individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum.....	60
7.3.1	Motiv för förslaget	60
7.3.2	Vårdplanen ska vara övergripande och långsiktig	60
7.3.3	Lagstöd för vårdplaner finns redan	61
7.3.4	... men stora brister i praktiken	62
7.3.5	Goda vårdplaner förutsätter strukturerade bedömningsinstrument.....	62
7.3.6	Vad kan kommunen få statsbidrag till?	63
8	Övriga förslag	65
8.1	Länsstyrelserna fördelar statsbidraget till kommunerna.....	65
8.2	Prioritera kommuner där statsbidraget kan göra mest nytta	65
8.3	Länsstyrelserna följer upp vårdöverenskommelsen regionalt	66
8.4	Länsstyrelserna bör få särskilda resurser för dessa uppgifter.....	66
8.5	Socialstyrelsen samordnar på nationell nivå	66
8.6	IMS bör få nationellt ansvar för strukturerade bedömningsinstrument	66

8.7	Socialstyrelsen bör utvärdera satsningen.....	67
8.8	Ett skandinaviskt perspektiv på missbrukarvård.....	67
8.9	Förslag till fördelning av statsbidraget mellan länen	67
8.10	Enhetliga grunder för ekonomisk kompensation till kommuner som inför behandlingsgarantier	69
9	Samhällsekonomiska konsekvenser	71
10	Avslutande diskussion	75
Bilagor.....		79
Bilaga 1	Kommittédirektiv.....	79
Bilaga 2	Redovisning av statistiska uppgifter relaterade till tungt missbruk.....	87
Bilaga 3	Missbrukarvårdens mål – framgångsfaktorer och hinder.....	91

Sammanfattning

Utredningens uppdrag har varit att föreslå en vårdöverenskommelse mellan staten och kommunerna om missbrukarvården, och framför allt vården av personer med tungt missbruk, som preciserar vad kommunerna ska göra för att få del av ett riktat statsbidrag på sammanlagt 350 miljoner kronor för år 2006 och 2007.

- Utredningen uppskattar att det finns i storleksordningen 100 000 personer med tungt alkohol- och/eller narkotikamissbruk i landet.
- Många av dessa nås inte av eller efterfrågar inte spontant socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser.
- Detta statsbidrag under 2006 och 2007 bör främst användas för att ge bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk i kombination med somatisk och/eller psykiatrisk sjukdom och social utslagning (däribland arbetslöshet, bostadsproblem och skulder).
- Tre faktorer har avgörande betydelse för att utveckla en effektiv missbrukarvård med god kvalitet – kunskap om vilka insatser som ger resultat, samordnade insatser från myndigheter och att principen ”individ i centrum” blir styrande för hur vården organiseras och utförs.
- Tidsbegränsade statsbidrag till drift av nya verksamheter riskerar att bli kontraproduktiva eftersom verksamheterna oftast läggs ned när statsbidraget upphör – utredningen föreslår därför att medel ur detta statsbidrag bara ska beviljas till utveckling av arbetssätt och arbetsorganisation.
- Utredningen föreslår att kommuner ska kunna söka statsbidrag för att

införa en specialiserad missbruksenhet inom kommunen för effektivare handläggning, högre kompetens och tydligare ansvar,

organisera en gemensam missbruksenhet med andra kommuner för att få tillgång till mer och specialiserade resurser,

inrätta lokala öppenvårdsmottagningar tillsammans med landstingets specialiserade beroendevård/psykiatri för samtidiga och integrerade insatser för målgruppen,

införa och tillämpa lokala behandlingsgarantier med riktmärke att en person med tungt missbruk som ansöker om vård och behandling ska få ett första samtal inom 2–3 dagar och en individuell vårdplan inom cirka 4 veckor,

införa, använda och följa upp individuella vårdplaner för personer med tungt missbruk.

- Statsbidraget bör fördelas länsvis efter befolkningsandel och skattad missbruksprevalens.
- Länsstyrelserna bör ansvara för att regionalt fördela statsbidraget till enskilda kommuner.
- Socialstyrelsen bör nationellt och övergripande samordna arbetet för att underlätta en enhetlig hantering i samklang med kommande nationella riktlinjer.
- Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) bör få ett nationellt ansvar för att förvalta, utveckla och kvalitets-säkra strukturerade bedömningsinstrument som stöd för individuella vårdplaner.
- Socialstyrelsen bör ges uppdraget att nationellt följa upp och utvärdera om och hur den statliga satsningen bidrar till en bättre missbrukarvård och då särskilt uppmärksamma försök med lokal behandlingsgaranti.

Avslutningsvis för utredningen ett resonemang om den framtida styrningen mot en bättre missbrukarvård. Där sägs bland annat följande.

- Statsbidrag och stimulansmedel bör användas på ett mer strategiskt och sammanhållet sätt än i dag om kommunerna ska få långsiktigt hållbara förutsättningar för utvecklingen och finansieringen av missbrukarvården.
- Det statliga stödet till utveckling av missbrukarvården bör ges på sådant sätt att förändringsarbetet kan bedrivas inom ordina-

rie verksamhet istället för inom projektstrukturer, som har svårt att få genomslag och överleva efter projektstödet slut.

- En långsiktig och sammanhållen strategi för vården av människor med tungt missbruk bör, om den ska kunna få genomslag, vara gemensam för alla berörda aktörer såsom socialtjänst, beroendevård, psykiatri, tvångsvård och kriminalvård.
- En nationell strategi bör även ha fokus på grundstrukturerna som till exempel ansvarsfrågor och huvudmannaskap, växling från organisations- till individperspektiv, samordning och integrering av olika aktörers insatser, samt de viktiga frågorna om högre utbildning, utvärdering av behandlingsmetoder samt forskning och utveckling.

1 Bakgrund till uppdraget

Direktiven (Dir 2004:164) tar sin utgångspunkt i ökningen av såväl antal personer med tungt narkotikamissbruk som den kraftiga ökningen av alkoholkonsumtionen under senare år. Organisationer, enskilda och myndigheter inom missbruksområdet pekar på att människor med omfattande sociala problem inte får vård, omsorg eller stöd i den omfattning de behöver för att kunna leva ett drägligt liv. Särskilt svårt att få stöd och behandling har personer som har både missbruksproblem och psykiska problem. Det ökade behovet av samhällets insatser mot missbruk har dock inte åtföljts av en motsvarande ökning av resurserna. Sedan mitten av 1990-talet fram till 2002 har det skett en allmän minskning av resurserna för missbrukarvården, samtidigt som det tunga missbruket har ökat¹.

Mot den bakgrunden har en särskild utredare tillkallats för att lämna förslag till en vårdöverenskommelse mellan staten och kommunerna om missbrukarvården som preciserar kommunernas åtaganden för att få del av ett riktat statsbidrag för att förstärka missbrukarvården. Direktiven biläggs i sin helhet (bilaga 1).

1.1 Några kommentarer till direktiven

Jag vill inledningsvis kommentera direktiven på några punkter som jag bedömer principiellt påverkar förutsättningarna för överenskommelsen och mina förslag. När jag i fortsättningen refererar till vårdöverenskommelsen avser jag den överenskommelse mellan staten, enligt mitt förslag representerad av länsstyrelserna, och enskilda kommuner om hur det beviljade statsbidraget ska utnyttjas.

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att lämna förslag till en vårdöverenskommelse mellan staten och kommunerna där kommu-

¹ Kommunernas kostnader för missbrukarvården ökade dock mellan 2002 och 2003 med knappt 10 procent i fasta priser och drygt hälften av ökningen kan hänföras till bistånd för boende. Källa: Socialstyrelsens lägesrapport för IFO 2004

nernas åtagande för att få del av det riktade statsbidraget ... framgår.
(Dir 2004:164)

Jag uppfattar att uppdraget avser en statlig styrning av den kommunala missbrukarvården mer i detalj (längre än lagstiftningen). En sådan styrning innebär att staten på en övergripande nivå kan påverka kommunernas prioriteringar och val av resurser och arbets sätt med mera. På grund av verksamhetens komplexa karaktär kan staten emellertid bara delvis påverka och kontrollera hur arbetet bedrivs i praktiken. Statskontoret belyser denna fråga i rapporten *Modeller för styrning – förslag om hur staten kan styra kommuner och landsting* (2005:2)

Regeringen föreslår ... ett riktat statsbidrag till kommunerna för att stärka vårdkedjans alla delar... (Dir 2004:164)

Missbrukarvården bedrivs av tre huvudmän: staten (missbruksbehandling inom kriminalvården samt tvångsvård), kommuner och landsting. En överenskommelse för att förbättra missbrukarvården som inte omfattar helheten riskerar att missa sitt syfte.

Förslaget skall syfta till att utveckla missbrukarvården och skapa bättre förutsättningar för fler kvalificerade och långsiktiga vårdinsatser. (Dir 2004:164)

Jag har tolkat detta som att förslagen mer ska ta fasta på vägar att utveckla missbruksarbetet med individen i centrum, individuell bedömning och hjälp, tillgänglighet, kunskap/kompetens, samverkan, än på att föreslå vilka metoder och vårdformer som kommunerna ska prioritera.

Satsningen syftar till att framför allt tunga missbrukare skall få sina vårdbehov tillgodosedda. (Dir 2004:164)

Jag konstaterar här att rehabilitering av tunga missbrukare av alkohol och narkotika är ett komplicerat och långsiktigt arbete som måste utgå från den enskildes behov och förutsättningar. För vissa personer med missbruksproblem är målsättningen total rehabilitering i form av nykterhet/drogfrihet, arbete och bostad inte realistisk. Målet för dessa kan istället handla om förbättrad livskvalitet i form av längre nyktra/drogfria perioder, boende med stöd/omvårdnad eller ett eget boende med omfattande boendestöd, tillgång till fungerande psykiatrisk öppenvård/beroendevård och någon form av sysselsättning.

Jag anser också att genom att benämna en människa "missbrukare" reducerar man henne till att "bli ett med" sitt sociala problem/sin diagnos. Varje människa är en unik individ med unika möjligheter och förutsättningar varav missbruket bara är en del. Jag försöker därför i fortsättningen konsekvent använda begreppet "personer med tungt missbruk" när jag hänvisar till utredningens målgrupp.

Utgångspunkten skall vara en utveckling av relevanta delar av vårdkedjan, utifrån behov och förutsättningar i de enskilda kommunerna. (Dir 2004:164)

Jag vill något kommentera begreppet "vårdkedja" därför att det har en central betydelse i direktiven. "Kedjan" som metafor leder tanken till att missbrukarvården kan/bör delas upp i en given sekvens av väldefinierade, och inbördes lätt urskiljbara, vårdinsatser som olika enheter/ behandlare fullgör i tur och ordning. Min uppfattning är att det är en förenklad bild och att begreppet "vårdprocess" bättre uttrycker det komplexa samspelet mellan behov, insats och behandlare. Jag ser tre grundförutsättningar för en framgångsrik vårdprocess. För det första är personkontinuitet – en långvarig kontakt mellan den enskilde och en särskilt ansvarig behandlare/stödperson – kanske en av de viktigaste enskilda framgångsfaktorerna för ett framgångsrikt resultat. För det andra måste utgångspunkten vara att varje person med alkohol- och drogproblem är unik med individuella förutsättningar, vilket kräver flexibel planering och mångfald i insatserna. För det tredje måste olika insatser (till exempel för missbruk och psykiatriska problem samt vissa sociala problem) ofta ske samtidigt och integrerat istället för efter varandra i tur och ordning.

Förslaget får inte innebära en förskjutning av kommunernas yttersta ansvar för missbrukarvården. (Dir 2004:164)

Kommunen har ett yttersta ansvar för missbrukarvården enligt socialtjänstlagen, men vårdens förutsättningar påverkas också i hög grad av insatser från andra huvudmän över vilka kommunen inte råder.

Förslaget skall inte innebära några ökade kostnader för den offentliga sektorn. (Dir 2004:164)

Jag har tolkat syftet med det riktade statsbidraget och vårdöverenskommelsen som att personer med tungt missbruk ska få en

bättre livssituation. Det innebär för mig såväl fokus på behandling för drogfrihet eller bättre drogkontroll och hälsa som på ökade socialpolitiska ambitioner (boende, arbete, sysselsättning, sociala kontakter) för att drogfriheten/förbättringen ska kunna bli bestående. Dessutom är ambitionen att fler än nu ska få insatser. Jag tror att det är svårt att åstadkomma sådana förbättringar om inte samhällets totala kostnader för målgruppen får öka åtminstone initialt.

Förslaget skall utgå ifrån befintlig kunskap om effektiva behandlingsmetoder, diagnosinstrument och bedömning av vårdbehov ...centrala kunskapskällor är de expertunderlag som ligger till grund för Socialstyrelsens pågående arbete med att utveckla riktlinjer samt ...ett antal kvalitetsindikatorer. (Dir 2004:164)

Jag konstaterar att Socialstyrelsens arbete med riktlinjer och kvalitetsindikatorer inte kommer att bli helt färdigt under min utredningstid. De kommande riktlinjerna bör dock bli en god grund för att höja kvaliteten och öka effektiviteten i missbrukarvården.

Avslutningsvis noterar jag att tiden för mitt uppdrag är knapp. Jag har därför tvingats koncentrera arbetet till vårdöverenskommelsens form och innehåll och har inte haft möjlighet att fördjupa den beskrivning av missbrukarvårdens utveckling och problem som återges i direktiven.

1.2 Utredningens arbete

Utredningen har genomfört tre så kallade hearings med berörda intressenter.

1. En hearing med brukar- och frivilligorganisationerna med representanter för arbetskooperativet Basta, Länkarna Johanneshov, Rainbow, Kriminellas Revansch i Samhället (Kris), Föräldraföreningen Mot Narkotika (FMN), Stadsmissionen, FAMNA/LP-stiftelsen, Hela Människan/RIA och Frälsningsarmén. Sammanfattningsvis framförde organisationerna:
 - Personer med tungt missbruk kan inte bara definieras medicinskt i termer av missbruk/beroende. Missbruket ska också ha lett till social utslagning och utsatthet
 - Visioner om en bra missbrukarvård – de tre viktigaste ingredienserna:

1. Tillgänglighet – när viljan till förändring finns måste det gå snabbt och enkelt att få vård eftersom motivationen är flyktig.
 2. Flexibilitet/valmöjlighet – varje person är unik och därför behövs mångfald i vårdutbudet och möjlighet för den enskilde att välja.
 3. Långsiktighet – långvarigt missbruk kräver långvarig rehabilitering och system som tillåter det samt även räknar med återfall.
- Brukar- och frivilligorganisationerna kan och vill spela en roll främst som komplement till socialtjänsten när det gäller att erbjuda flexibelt (utanför kontorstid, i missbruksmiljöerna) kamratstöd i eftervård/rehabilitering.
2. En hearing med ett antal verksamhetsansvariga samt företrädare för huvudmännen, tillsynen och forskningen inom missbruksområdet. Sammanfattningsvis framfördes till utredningen att
- de ”personer med tungt missbruk” som bör prioriteras främst är de med alkohol- och drogberoende som, oavsett drogtyp, har ett särskilt riskfyllt missbruk och som därtill har betydande relaterade problem i kombination med sitt missbruk – såsom hemlöshet, psykiatriska problem, somatiska hälsoproblem, kriminalitet, prostitution med mera,
 - statsbidraget bör utnyttjas för strategiska och långsiktiga ändamål,
 - ett särskilt viktigt ändamål är att bygga en nationell struktur för systematisk kunskap med hjälp av ett systematiskt planerings/dokumentations/utvärderings-system såsom ASI/DOK samt behovet av ett nationellt organ med ansvar för den långsiktiga förvaltningen och utvecklingen av instrumenten,
 - de behandlingsinsatser som visat god evidens är strukturerade insatser som fokuserar på missbruket direkt – medan ospecifikt stöd inte visat positiva effekter,
 - hänsyn måste tas till den enskildes livssituation i övrigt – familj, nätverk, somatisk och psykisk hälsa, boende, försörjning med mera,

- långsiktighet och tålamod också måste prägla insatserna för den enskilde – eftervården som bör följa på de mer intensiva behandlingsskedena är nödvändig och tar tid och det måste samtidigt finnas såväl en tydlig målinriktning på drogfrihet som en tolerans och beredskap för återfall,
 - varje person måste bedömas individuellt efter behov och förutsättningar, vilket innebär att det krävs många olika behandlings- och rehabiliteringsalternativ (idag är kommunernas resurser och utbud ofta för likformigt),
 - personalens utbildning och kompetens liksom missbrukarvårdens organisation och huvudmännens samverkan är mycket viktiga framgångsfaktorer,
 - kvinnor med tungt missbruk – och då särskilt kvinnor med barn, gravida kvinnor samt kvinnor som prostituerar sig – måste, i alla fall i akuta skeden, få tillgång till könssegregerade behandlingsformer, vilka i stort saknas idag.
3. En hearing har också genomförts med länsstyrelsernas socialdirektörer som ansvarar för regional tillsyn av kommunernas verksamheter enligt Socialtjänstlagen.

Socialdirektörerna önskade en mer övergripande och tydligare politisk styrning av missbrukarvården som underlag för en större nationell enhetlighet i kommunernas prioriteringar och utbud av insatser. Som ett viktigt steg för att stödja kommunerna i en sådan utveckling efterlyste man en mer långsiktig strategi för samt en bättre samordning av riktade stats- och stimulansbidrag inom missbrukarvården.

1.3 Andra utredningar inom missbruksområdet

Parallellt med mitt uppdrag pågår också flera andra utredningar/uppdrag som direkt eller indirekt kan påverka en vårdöverenskommelse mellan staten och kommunerna.

Det gäller särskilt de övriga uppdragen inom regeringens samlade satsning på missbrukarvården i budgetpropositionen för 2005, benämnd *Ett kontrakt för livet*, som omfattar totalt 820 miljoner kronor under perioden 2005–2007.

- Kriminalvårdsverket som disponerar 120 miljoner kronor under perioden för att bl.a. utveckla behandlingsprogram på häkten och anstalter och i frivården.
- Statens Institutionsstyrelse (SIS) som disponerar 100 miljoner kronor per år 2005, 2006 och 2007 för att ge ekonomiskt stöd till/subventionera kommuner för vård enligt 27 § LVM.
- Länsstyrelserna som disponerar 50 miljoner kronor under 2005 för ett riktat bidrag till kommuner för att utveckla en sammanhållen och heltäckande vårdkedja inom missbrukarvården i avvaktan på mitt förslag till vårdöverenskommelse.

Men det finns också flera andra uppdrag och satsningar inom missbruksområdet med tydliga kopplingar till mitt uppdrag.

- LVM-utredningens betänkande *Tvång och förändring* (S 2004:3) innehåller, förutom förslag till justeringar av LVM som sådan, också en bred redovisning av missbrukarvårdens förutsättningar och utveckling samt analyser och förslag om övergången mellan tvångsvård och öppna vårdinsatser – en sammanhållen vårdkedja.

Regeringen har 15 mars 2005 redovisat en proposition *Stärkt rättsäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m. (2004/05:123)* på basis av betänkandet. Enligt regeringens bedömning ligger i kraven på nödvändig långsiktighet att

... främst socialtjänsten, Statens institutionsstyrelse, och den enskilde på ett så tidigt stadium som möjligt enas om hur insatserna bör utformas, och att planeringen redan på detta tidiga stadium tar sikte på vad som ska följa efter utskrivningen från LVM-hemmet. Det kan gälla såväl fortsatta vårdinsatser inom ramen för missbrukarvården som arbete och bostad. Bostads- och arbetsmarknadspolitiken faller visserligen inte inom ramen för socialnämndens ansvar, som en remissinstans har påtalat, men det innebär inte enligt regeringens uppfattning att socialnämnden inte har ett ansvar att bistå den enskilde också i de delarna. Tvärtom bör det vara en central uppgift för socialtjänsten, för utan att basala omsorgsbehov blir tillgodosedda är det mycket svårt att åstadkomma en långsiktig framgångsrik rehabilitering...

Regeringens här citerade bedömning avser missbrukare i LVM-vård, men bör vara lika giltig för personer med tungt missbruk med bistånd enligt SoL, det vill säga målgruppen för denna utredning.

- Regeringens narkotikasamordnare (S 2002:03) genomför en bred satsning, *Mobilisering mot narkotika (MOB)*, som också

inkluderar kommunernas stöd- och behandlingsinsatser för narkotikamissbrukare samt samverkan mellan berörda myndigheter, organisationer med flera lokalt, regionalt och nationellt. Under åren 2002–2004 förfogade MOB över riktade statsbidrag för att stimulera kommunernas insatser mot narkotika. Slutrapport ska lämnas 31 december 2005.

- Den nationelle psykiatrisamordnaren (S 2003:09) ska bland annat uppmärksamma vården av personer med tungt missbruk och samtidig psykisk störning/sjukdom. I satsningen ingår för 2005 stimulansmedel om 400 miljoner kronor att fördela länsvis främst för gemensam utveckling av verksamheter mellan landsting och kommuner med inriktning på vård, sysselsättning och boende för personer med psykisk sjukdom/psykiska funktionshinder. Dessutom finns för år 2005 100 miljoner kronor för utvecklingsprojekt som avser utveckling av samverkan, rehabilitering, sysselsättning, kvalitet och arbetssätt. Uppdraget ska pågå till den 1 november 2006.
- Alkoholkommittén (S 2001:02) ska på nationell nivå samordna insatserna för att förebygga alkoholskador och i samspel med kommuner och landsting stimulera insatser på regional och lokal nivå. Även Alkoholkommittén har fördelat riktade statsbidrag till kommunerna. Slutrapport ska lämnas den 31 december 2005.
- Socialstyrelsens pågående arbete att utveckla *Nationella riktlinjer för missbrukarvård* som bygger på systematiska genomgångar och bedömningar av aktuell forskning inom vård och behandling. Under våren 2005 har kunskapsunderlag på fem områden inom missbrukarvården sammanställts och de därpå grundade riktlinjerna förväntas bli klara under 2006.

2 Internationella utblickar

Det pågår en intensiv debatt inom Europa/EU om drogpolitik och missbrukarvård som här beskrivs mycket översiktligt. Det som förefaller vara mest intressant för mitt uppdrag är den danska behandlingsgarantin för personer som missbrukar alkohol och narkotika samt den norska så kallade Rusreformen. Ytterligare ett exempel är ett behandlingsprogram för kriminella i Holland.

2.1 Danmark har infört behandlingsgaranti

Danmarks garanti för social behandling av personer som missbrukar narkotika infördes från och med den 1 januari 2003 genom en ändring av lagen om social service. Motsvarande garanti för personer som missbrukar alkohol gäller sedan den 1 juli 2005. Lagen innebär en skyldighet för amtskommunen (motsvarar svenska landstinget) att erbjuda en social behandlingsinsats som ska "sättas i verket" senast 14 dagar efter att den enskilde anmält sin önskan om behandling till kommunen. Den enskilde har också i princip ett "fritt valg" såtillvida att hon/han kan välja att genomgå behandlingen var som helst i Danmark¹.

2.2 I Norge ansvarar sjukvården för vård av personer med tungt missbruk

Den norska Rusreformen (från och med 2004) syftar bland annat till att personer med tungt missbruk ska få bättre sjukvård, mer heltäckande och individualiserade insatser samt ökad mångfald i

¹ Juris doktor Ewa Gustafsson har på utredningens uppdrag skrivit en PM 2005.09.11 *Rättsliga förutsättningar för en behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem* om dels hur behandlingsgarantin förankrats i dansk lagstiftning dels om legala förutsättningar för att införa motsvarande tidsgränser kommunalt eller nationellt i Sverige.

utbudet. Huvudmannskapet för den specialiserade missbrukarvården inklusive behandlingsinstitutionerna har överförts från fylkena (motsvarar svenska landstingen) till staten och blivit ett ansvar för de fem statligt ägda regionala hälsoföretagen som inrättades 2002. Det innebär bland annat att läkare numera kan remittera personer med missbruksproblem till specialiserade behandlingsinstitutioner. Dessa personer får då samma lagstadgade rättigheter inom sjukvården som andra patienter som till exempel rätt till en utredning inom 30 dagar om nödvändig sjukvård på grund av drogmissbruket.

Jag bedömer att den norska modellen vore mycket intressant att studera närmare. Man har organisatoriskt försökt lösa samverkans- och samarbetsproblem mellan socialtjänsten och sjukvården som i Norge, liksom i Sverige, har varit ett stort hinder för en effektiv missbrukarvård. Förändringen kan lite drastiskt beskrivas som att Norge omdefinierat behandling av personer med missbruk från att vara en socialtjänstuppgift som förutsätter vissa medicinska stöd-tjänster till att bli ett hälso- och sjukvårdsansvar som backas upp med socialt arbete.

2.3 Bostad, arbete och skuldsanering ingår i missbruksbehandling för kriminella i Holland

I Holland har man nyligen (2004) infört en ny påföljd för personer som missbrukar och som dömts för narkotikabrott minst tre gånger under de senaste fem åren. Den innebär att de döms till två års missbruksbehandling, oavsett själva brottets straffvärde. Behandlingen är indelad i tre faser, en på sex och två på nio månader. Den första fasen innebär vård i sluten form inriktad mot fysisk återhämtning, anpassning till vårdstrukturen samt motivationsinsatser. Under den andra fasen ska den enskilde vistas utanför anstalten på dagtid men återvända varje kväll. Nu påbörjas förberedelser för frigivning med boende och arbete. Under den sista fasen bor missbrukaren på egen hand med arbete och har kontakt med anstalten via en kontaktperson. Den kontakten ska vara tät inledningsvis och sedan gradvis avta.

Den intressanta i denna holländska modell, menar många, är att staten garanterar en bostad och ett arbete samt hjälp med skuldsanering under den sista fasen på nio månader som också innefattar utslussningen från anstalt till friheten.

Den holländska modellen ligger utanför direktiven och övriga ramar för min utredning. Jag nämner den för att den belyser ett sätt att hantera de centrala problemen kring bostad och arbete/utbildning i eftervården. Liknande tankegångar ligger för övrigt bakom statsbidraget, som tidigare nämnts, till Statens Institutionsstyrelse för att förbättra utslussningen av LVM-vårdade till hemkommunerna.

3 Missbrukarvården – organisation, bemanning och resurser

I detta avsnitt återfinns, som en bakgrund, några uppgifter om missbrukarvårdens organisation, bemanning och insatser. Uppgifterna är hämtade främst ur Socialstyrelsens inventering *Klienter i behandling, IKB 2003*¹. samt Socialstyrelsens rapport *Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård, Orion*.²

3.1 Tre huvudmän för missbrukarvården

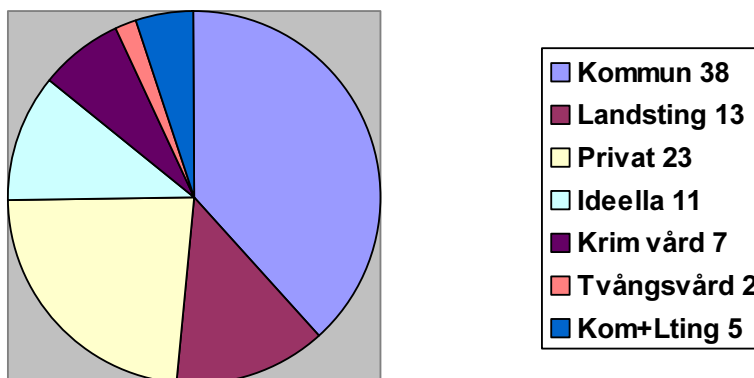
Missbrukarvården bedrivs av staten (missbruksbehandling inom kriminalvården samt tvångsvård enligt LVM), landstingen och kommunerna. Landstingen svarar främst för avgiftning (abstinensbehandling) och läkemedelsassisterad behandling för både alkohol- och narkotikaproblem vid beroendekliniker eller psykiatriska kliniker. Kommunernas socialtjänst bedriver vård både i öppna former och på institutioner inriktat på behandling och psykosocialt stöd. Socialtjänsten ger också stöd i boende, sysselsättning, försörjning och genom budgetrådgivning. Kommunal socialtjänst upphandlar ofta privat vård och behandling. Frivilliga organisationer är framför allt engagerade i boende för hemlösa, sysselsättning och eftervård, men bedriver även vård och behandling.

IKB 2003 identifierade 573 behandlings-/vårdenheter inom missbrukarvården. Enheterna fördelade sig procentuellt på huvudmännen enligt diagrammet:

¹ IKB är en inventering som Socialstyrelsen sedan 1999 upprepar en speciell mättag vart annat år för att kunna följa förändringar i insatsutbud och målgrupper inom behandlingsverksamheten för alkohol- och drogmissbruk i landet. De senast tillgängliga uppgifterna hänför sig till den 1 april 2003.

² Orion-undersökningen genomfördes våren 2003 på initiativ av MOB. Den primära inriktningen var att kartlägga narkomanvården, men eftersom såväl kommuner som landsting och övriga vårdgivare i allt väsentligt bedriver en samlad verksamhet för personer med alkohol- och narkotikaproblem så speglar kartläggningen missbruksvården i sin helhet

Tabell: Fördelning av behandlings- och vårdenheter inom missbrukarvården efter huvudman/ägarform per 1 april 2003 (procent)



Källa: IKB 2003

I absoluta tal över en femårsperiod har antalet privatdrivna enheter ökat medan ideella organisations- och stiftelsedrivna enheter har minskat.

3.2 Cirka 3 000 heltidsanställningar för missbrukarvård inom kommuner och landsting

Antalet heltidsanställningar i specialiserade missbrukarenheter/sektioner beräknas till drygt 1 700 i kommunerna och till drygt 1 300 i landstingen, inalles således drygt 3 000 anställningar. Socialstyrelsen bedömer att fördelningen av personal varierar mycket och slumpmässigt mellan kommuner och landsting till synes utan koppling till objektiva kriterier som befolkningstal och missbruksbelastning.

3.3 Små kommuner saknar av naturliga skäl specialiserade enheter för missbrukarvård

Närmare två tredjedelar av de större kommunerna (fler än 40 000 invånare) har en specialiserad enhet/sektion för missbrukarvård. I mindre kommuner (färre än 40 000 invånare) har 40 procent en specialiserad enhet/sektion och en lika stor andel har integrerat missbruksarbetet i annan biståndsbedömning. Närmare tre fjärdedelar av landstingen har en specialiserad enhet/sektion, medan återstoden har missbruksarbetet integrerat i annan eller andra vårdenheter.

Det finns dock inte uppgifter om hur många personer med tungt missbruk som utnyttjar/är aktuella i de specialiserade enheterna respektive de enheter som arbetar med missbruk som en bland flera socialtjänstuppgifter.

3.4 Såväl kommuner som landsting rapporterar om bristande resurser för missbrukarvård

I rapporten Orion har ett urval kommuner och landsting fått besvara frågor om hur de bedömer sina nuvarande resurser för missbrukarvård. Allmänt gäller att huvudmännen har identifierat stora brister såväl inom den egna som (kanske främst) inom den andra huvudmannens ansvarsområde.

Av större kommuner (med fler än 40 000 invånare) bedömer cirka 75 procent att resurserna inom missbrukarvården är något eller mycket otillräckliga och endast 3 procent att de är fullt tillräckliga. Motsvarande siffror för mindre kommuner (med färre än 40 000 invånare) är 80 respektive 0 procent.

Mer preciserat bedömer de större kommunerna att det råder stor brist på boendestöd (varannan kommun), avgiftningsplatser (nästan varannan kommun), boendeträning/försökslägenhet (var tredje kommun), mottagningar för behandling med metadon eller subutex (knappt var tredje kommun).

De mindre kommunerna rapporterar stora brister på samma områden. Genomgående är den självrapporterade bristen på resurser större bland de mindre än bland de större kommunerna.

Kommunerna förefaller vara mest tillfredsställda med tillgången på platser på behandlingshem. Noteras bör dock att frågor om hur kommunerna bedömer behandlingshemmens vårdkvalitet och möj-

ligheter att ta emot och behandla speciella målgrupper inte ingick i kartläggningen. Representanter för brukarorganisationerna har framfört till utredningen att, enligt deras uppfattning, behandlingshemmen dels behöver förbättra kvaliteten i behandlingsarbetet dels behöver rejält bredda sitt utbud av behandlingsmetoder för att kunna erbjuda varje enskild individ god vård och behandling efter dennes behov och förutsättningar.

Landstingen (åtta av tio) uppger brister vad gäller resurser för eftervård, psykosocial behandling i öppen och mellanvård. Sju av tio landsting uppger brister vad gäller strukturerad öppenvård, boendeträning/försökslägenheter, arbetsrehabilitering och subutexamottagningar.

4 Målgruppen – personer med tungt missbruk

Jag redovisar här några utvalda uppgifter om målgruppen som underlag för diskussion och förslag. Uppgifterna är hämtade från ett antal rapporter och register. Motiven för denna genomgång av definitioner och epidemiologiska/statistiska uppgifter om missbruk och personer med tungt missbruk är främst två.

För det första är det viktigt att kommunerna kan identifiera problem och behov orsakade av tungt missbruk såväl i kommunen som helhet som hos enskilda personer. Detta för att få kunskap om vilka och hur mycket resurser som behövs och för att denna satsning verkligen ska komma personer med tungt missbruk till del. För det andra vill jag föreslå en fördelning av statsbidraget mellan länen som också är relaterad till vårdtyngd och inte bara till befolkning, vilket jag återkommer till längre fram under avsnittet med övriga förslag.

4.1 Olika definitioner och beskrivningar av personer med tungt missbruk

Det finns inte någon entydig definition av målgruppen, personer med tungt missbruk, som alla berörda självklart ställer sig bakom.

4.2 Ingen definition av missbruk eller missbrukare i lagstiftningen

I den svenska lagstiftningen finns ingen legaldefinition av begreppen missbruk eller missbrukare. Socialtjänstens ansvar för missbrukare i 5:9 SoL är inte heller knutet till missbrukets omfattning eller varaktighet.

4.3 Begreppet missbrukare reducerar den enskilde till en diagnos

Jag anser, som framgått, att man genom att benämna en människa "missbrukare" reducerar henne till att "bli ett med" sitt sociala problem/sin diagnos. Varje människa är en unik individ med unika möjligheter och förutsättningar varav missbruket bara är en del. Jag försöker därför konsekvent använda begreppet "personer med tungt missbruk" när jag hänvisar till utredningens målgrupp.

4.4 Bruk av narkotika är olagligt och därmed missbruk

Ett perspektiv utgår från att narkotikabruk i princip är olagligt och därför ska betraktas som missbruk. Denna syn på missbruksbegreppet skiljer sig dock från den som gäller inom beroendevården. Där är missbruk istället en gränsdiagnostisk term vid sidan av beroende.

4.5 Inom sjukvården är missbruk och beroende klassificerade diagnoser

Inom beroendevården definieras beroende respektive missbruk/skadligt bruk i två internationellt vedertagna system för diagnosklassificering, DSM IV och ICD 10, med utgångspunkt i alkohol- och narkotikabrukets medicinska och sociala konsekvenser. Detta innebär att alkohol- och narkotikaproblem värderas utifrån likartade måttstockar. Då systemen har stora likheter redovisas här endast DSM-IV.

Beroende (minst tre av sju kriterier ska vara uppfyllda under ett och samma år)

1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
2. Abstinensbesvär när bruket upphör.
3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan, eller minskade försök, att minska intaget.
5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.

7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

Missbruk (kriterierna för beroende ska ej vara uppfyllda men minst ett av följande kriterier ska vara uppfyllt under ett och samma år).

1. Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
2. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer som exempelvis bilkörning eller i arbetslivet.
3. Upprepad kontakt med rättsväsendet till följd av missbruket.
4. Fortsatt användning trots återkommande problem.

Flera studier betonar att beroende i vart fall bland vuxna distinkt skiljer sig från missbruk/skadligt bruk och att beroende ger en sämre prognos och medför ett större eftervårdsbehov. Diagnosen har även betydelse för realismen i olika behandlingsmål. De personer med tungt missbruk som avses i denna utredning uppfyller rimligen i allmänhet snarare beroendekriterierna än missbrukskriterierna – åtminstone vad gäller huvudsaklig drogtyp. Men även bland dem som uppfyller kriterierna för beroende finns stor variation i problemtyngd. Det är dock inte alldeles klart vad som bör avses med *tyngd* i begreppet ”tungt missbruk”. Antalet uppfyllda diagnoskriterier används ibland som indikator på svårighetsgrad.

4.6 Ingen åtskillnad mellan ”lätta” och ”tunga” droger i Sverige

I andra länder (till exempel Danmark och Nederländerna) är det vanligt att låta denna skillnad utgå från substansen, där vissa droger – såsom opiater och centralstimulantia – betecknas som ”tunga” medan andra – till exempel alkohol och cannabis – betecknas som ”lätta”. Detta synsätt avvisas i allmänhet i Sverige eftersom det ger det felaktiga intrycket att alkohol- och cannabisbruk skulle vara ofarliga.

4.7 Risk för skador oavsett drogtyp

Centralföreningen för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) utgår istället strikt från ett missbruksmönster med stor risk för skador, oavsett drogtyp. Sådan stor risk finns framförallt vid mycket frekvent bruk och vid injektionsmissbruk. CAN definierar därför en person tung narkotikamissbruk som den som "...injicerat någon gång under senaste året eller dagligt eller så gott som dagligt bruk under de senaste 4 veckorna".

4.8 Brukarorganisationerna betonar sambandet mellan missbruk och social utslagning

Representanterna för brukar- och frivilligorganisationerna beskrev, vid den tidigare omnämnda hearingen, "tungt" missbruk" med delvis andra kriterier. Enligt organisationerna är följande kriterier/karakteristika relevanta när man grovt ska bedöma vem som kan betecknas som en "en person med tungt missbruk": mångårigt missbruk (som lett till social utslagning), somatiskt sjuk, arbetslös, hemlös, skuldsatt samt genomgått många (tio–tjugo) tidigare behandlingsinsatser inklusive institutionsbehandlingar.

Organisationerna betonade även tidsaspekten, det vill säga att det tar flera år för att utveckla framför allt tungt alkoholmissbruk. Det går dock ofta fortare med narkotika. Särskilt bland tidigt debuterande narkomaner finns en grupp som aldrig etablerar sig på arbetsmarknaden eller i samhället i övrigt och som tidigt i livet utvecklar tungt missbruk med omfattande kriminalitet.

Likartade tankegångar framfördes vid den hearing som genomfördes med representanter för verksamheter, huvudmän, tillsynsmyndigheter och forskning. Personer med tungt missbruk bör i detta sammanhang – enligt vad som framhölls där – avse de substansberoende personer, oavsett drogtyp, som löper stor risk för skador (injektionsmissbrukare och de med mer eller mindre dagligt bruk) och särskilt de som därtill har svåra relaterade problem i kombination med sitt missbruk såsom psykiatrisk eller somatisk komorbiditet, hemlöshet, kriminalitet eller prostitution.

4.9 Antalet personer med tungt narkotikamissbruk skattas till 26 000

I tre stora så kallade case-finding-studier har man försökt räkna dem som varit i kontakt med någon av olika myndigheter och vårdinstanser och som uppfyller CAN:s kriterier för tungt narkotikamissbruk enligt ovan. I den senaste studien, som avser 1998 (Olsson med flera 2001), uppskattas antalet narkotikamissbrukare till cirka 26 000, att jämföra med motsvarande studier 1979 (15 000 personer) och 1992 (19 000 personer).

4.10 Osäkra uppgifter om antal personer med tungt alkoholmissbruk

Motsvarande case-finding-studier saknas när det gäller tungt alkoholmissbruk. Där har man istället försökt skatta antalet utifrån olika representativa befolkningsstudier. Gränsdragningen mellan bruk, missbruk och beroende kan skilja mellan olika studier.

I Alkoholpolitiska kommissionens huvudbetänkande (SOU 1994:24) uppskattas att cirka 300 000 svenskar dricker så mycket att det innebär risk för deras hälsa och/eller sociala liv (riskbruk), varav i storleksordningen 50 000–100 000 kan antas utgöra en potentiell målgrupp för vård- och behandling. Detta får dock bedömas som en mycket grov skattning, och den fångar inte heller in den ökning som kan antas ha följt av den ökade alkoholkonsumtionen i landet under de senaste 10 åren. Antalet personer som vårdades för alkoholförgiftning fördubblades mellan 1998 och 2001 (SoS 2004). Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) har fått Socialstyrelsens uppdrag att noggrannare beräkna antalet personer som missbrukar alkohol.

4.11 Många personer blandar alkohol och narkotika

En beräkning av målgruppen kompliceras också av att många är blandmissbrukare och kan dubbelregistreras.

Utvecklingen går för övrigt starkt mot en samlad syn på missbruk utan uppdelning i alkohol och narkotika. Det synsättet har sedan länge slagit igenom i kommunernas socialtjänst där som regel samma enhet/personal arbetar med allt missbruk.

4.12 Tungt missbruk antas vara vanligast i storstäder

Enligt en vanlig uppfattning finns det – givetvis i absoluta tal, men även relativt sett – fler personer med tungt missbruk i storstäder och stora städer/kommuner. Tungt missbruk sägs i mycket vara ett ”storstadsproblem”. Jag har med hjälp av uppgifter ur några officiella register försökt få en uppfattning av utbredningen av personer med tungt missbruk i landet och då utgått från länsindelningen. Motivet för detta är att jag behöver underlag för en regional fördelning av statsbidraget, vilket jag återkommer till senare. Tabellunderlag med kommentarer för min framställning redovisas i bilaga 2.

4.13 Antal LVM-ansökningar är en osäker indikator på missbrukets verkliga omfattning

Tvångsvården av personer med tungt missbruk kan tyckas vara en god indikator på omfattning och utbredning, det vill säga att län/kommuner med många tunga missbrukare också bör ha många LVM-placerade. Mot detta talar dock det faktum att den enskildes samtycke till frivillig vård i praktiken ofta utesluter tvångsvård som alternativ. Om kommunerna har ett väl genomfört motivationsarbete med planerade inskrivningar så kan LVM-placeringarna minska även om det tunga missbruket kvarstår oförändrat. Flera länsstyrelser har i sin tillsyn kritiserat kommuner för att inte följa lagen genom att – av ekonomiska, vårdideologiska eller andra skäl – avstå från att använda LVM trots att alla indikationer är uppfyllda. LVM-utredningen visade dessutom att det kan finnas stora variationer i hur olika polismyndigheter bedömer och beslutar om att omedelbart omhänderta personer enligt LVM.

4.14 Alkohol- och narkotikadödlighet som indikator på tungt missbruk

I Socialstyrelsens dödsorsaksregister finns uppgifter per län om alkohol- respektive narkotikadödlighet. Under år 2002, som är senast tillgängliga uppgiftsår, registrerades 2 352 dödsfall som orsakade av missbruk, varav 1 961 avsåg alkohol. I dödstal (på grund av missbruk) per 10 000 invånare låg Norrbotten och Gotland högst med 4,3 följt av Skåne med 4,1 och Stockholm 3,9. Lägst antal

missbruksrelaterade dödsfall registrerades i Kalmar, Kronoberg och Jönköping, samtliga 2,1.

I genomsnitt under tioårsperioden 1993–2002 (tabell 1 i bilaga 2) redovisar Stockholm (4,2), Skåne (3,7), Gävleborg och Gotland (3,3) och Norrbotten (3,2) de högsta dödstalerna medan Jönköping (1,9), Västerbotten och Kalmar (2,2) samt Kronoberg (2,4) redovisar de lägsta.

4.15 Sluten sjukhusvård på grund av missbruk ger god skattning av antal personer med tungt missbruk

Sociolog Daniel Svensson har på utredningens uppdrag skattat antalet personer med tungt missbruk av alkohol- respektive narkotika i riket och per län med en vetenskapligt statistisk metod¹. Underlaget är uppgifter i Socialstyrelsens officiella patientregister om antal personer som varit inlagda på sjukhus på grund av en alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos.

Antalet personer med tungt alkoholmissbruk skattas till cirka 80 000 för 2003 med en svagt ökande trend åren dessförinnan. Medelåldern ligger på drygt 50 år och cirka 25 procent är kvinnor (tabellerna 2 och 2A i bilaga 2). Skattningen hamnar således inom det breda intervall (50 000–100 000 personer) som Alkoholkommissionen angav 1994.

Stockholm ligger högst bland länen med cirka 22 000 personer med tungt alkoholmissbruk följt av V Götaland med cirka 14 000, Skåne drygt 8 600 och Östergötland drygt 3 700. Minst antal personer finns på Gotland cirka 750, i Jämtland knappt 1 100 samt i Blekinge och Kronoberg med cirka 1 200.

Antalet personer med tungt narkotikamissbruk skattas till knappt 26 000 för 2003. Medelåldern är cirka 38 år och cirka 35 procent är kvinnor (tabell 3 och 3B i bilaga 2). Antalet är alltså i stort detsamma som i den senaste case-finding-studien från 1998 och har varit relativt stabilt mellan 1998 och 2003 med en topp på knappt 28 000 år 2001.

Stockholm toppar även här med drygt 6 500 personer med tungt narkotikamissbruk följt av V Götaland cirka 5 000, Skåne cirka 3 700, Östergötland cirka 1 200 och Jönköping cirka 1 000. Lägst

¹ Metoden beskrivs i Brottsförebyggande rådets rapport 2003:12, *Polisens insatser mot narkotikabrottsligheten – omfattning, karaktär och effekter*, bilaga 1

ligger Gotland med drygt 100, Jämtland och Blekinge med drygt 200 och Västerbotten med cirka 400.

4.16 Några slutsatser/bedömningar om målgruppen

- Det finns, trots vissa undantag, en överensstämmelse i de olika statistikkällorna om vilka län som förefaller ha högre (Stockholm, Skåne, Gotland, Norrbotten, Gävleborg med flera) respektive lägre (Halland, Kronoberg, Kalmar, Västerbotten med flera) vårdtyngd uttryckt som antal invånare med tungt missbruk.
- Jag bedömer att skattningen av antalet personer med tungt missbruk nationellt och per län på basis av Socialstyrelsens patientregister ger en relativt objektiv bild.
- Skattningen utifrån patientregistret indikerar – ett okänt antal personer är blandmissbrukare och kan ha dubbelregistrerats – att antalet personer med tungt missbruk i Sverige uppgår till i storleksordningen 100 000.
- Tyvärr finns ingen uppgift i den officiella statistiken att jämföra denna skattning med. Det saknas till exempel uppgifter om hur många unika personer som genomgår missbrukarvård under ett år.
- Det behövs därför, enligt min uppfattning, en mer utvecklad statistik samt fler studier med olika inriktning för att öka kunskapen om målgruppen och ge en mer säker och stabil grund för såväl socialpolitiska som vård- och behandlingsmässiga överväganden och beslut. Kartläggningar av gruppen personer med tungt alkoholmissbruk och deras behov synes vara särskilt angelägna.
- Det mesta talar för att det finns en icke obetydlig grupp personer med tungt missbruk som inte nås av/ inte spontant efterfrågar socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser.
- Jag bedömer, när det gäller denna utrednings målgrupp, att de kriterier som brukarorganisationerna föreslår för att grovt bedöma vem som är en person med tungt missbruk har hög relevans. Statsbidraget bör därför främst utnyttjas för att ge bättre vård för personer, oavsett ålder, med tungt missbruk i kombination med somatisk och psykisk sjukdom och social utslagning (arbetslöshet, bostadsproblem och skulder). I denna

grupp ingår självklart personer som varit omhändertagna enligt LVM.

5 Missbrukarvårdens mål – framgångsfaktorer och hinder

5.1 Målet med missbrukarvården

Kommunernas ansvar för missbrukarvården stadgas i socialtjänstlagen (5 kap 9 § SoL):

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 följs.

5.2 Framgångsfaktorer och hinder/flaskhalsar

Det finns några viktiga framgångsfaktorer respektive hinder för en effektiv vårdprocess i missbrukarvården som det råder relativt allmän uppslutning kring och av vilka några också är belagda i forskningen. Detta avsnitt sammanfattar kortfattat och i punktform en översiktlig genomgång av relevant forskning som filosofie doktor Arne Gerdner gjort på utredningens uppdrag. Arne Gerdner svarar själv för urval, tolkning och slutsatser. Det bör betonas att han har haft kort tid till sitt förfogande och att resultatet därför inte är heltäckande. Genomgången i sin helhet med forskningsreferenser redovisas som bilaga 3 och jag hänvisar till den för förtydliganden och fördjupning.

5.3 Framgångsfaktorer

5.3.1 Motivation och "timing"

- En central framgångsfaktor är att personer med tungt missbruk har hopp om att förändring är möjlig och tilltro till egna möjligheter att utvecklas samt tilltro till hjälpande instanser.

- Studier visar att väntetider och kölistor hindrar den enskildes motivation och försämrar vårdens utfall.
- Det är därför viktigt att vården kan agera snabbt och ta tillvara den vilja som individen uttrycker genom att erbjuda vård och behandling med kort varsel.

5.3.2 Fokus på missbruket

- Enligt forskningen måste insatserna fokuseras mot missbruket som sådant för att få effekt – ospecifika vårdinsatser har i stort visat sig vara resultatlösa.
- Tydliga och realistiska förändrings- och behandlingsmål förutsätter att individens drogmonster utreds och diagnostiseras i termer av beroende respektive missbruk/skadligt bruk. Detta bör göras för missbruket i dess helhet, det vill säga för såväl huvuddrog som annat drogbruk.

5.3.3 Helhetssyn på individens problem

- De allra flesta personer med tungt missbruk har dessutom omfattande sociala problem samt psykisk och somatisk ohälsa som de behöver hjälp med för att kunna hantera missbruket.
- Individuella vård- och behandlingsplaner för personer med tungt missbruk måste därför utgå från allsidiga bedömningar av behoven som, för att bli säkra, bör baseras på välstrukturerade intervjuer.
- Efter/i anslutning till behandlingen måste personerna kunna erbjudas boende (bostäder) med stöd i olika former samt satsning och arbete alternativt utbildning och möjligheter till en meningsfull fritid – saknas dessa möjligheter är ofta andra insatser och framgångar förgäves.

5.3.4 Vård- och behandlingsplanering med strukturerade utredningsinstrument

- Strukturerade bedömningsinstrument har stor betydelse på framför allt två områden.
 1. Vid inventering av individens problemprofil och olika hjälpbehov. I Sverige används två instrument

för vuxna med denna inriktning – Addiction Severity Index (ASI) och Dokumentation inom missbrukarvården (DOK). ASI används främst inom socialtjänsten och kriminalvården medan DOK främst används på behandlingsinstitutioner. ASI är ett internationellt instrument medan DOK har utvecklats inom Sverige. ASI framhålls som ett planeringsinstrument, medan DOK framställs som ett instrument för klientdokumentation. Båda instrumenten bygger (i huvudsak) på intervjuer och innehåller klientskattningar av hjälpbehov på flera områden (fysisk och psykisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol och drogproblem, relationer, legala problem). ASI har dessutom ett system för matematisk skattning av problemnivå utifrån frågor i de olika modulerna. För bägge instrumenten finns uppföljningsmoduler.

2. Vid beroendediagnostik enligt DSM IV alternativt ICD-10. Även här finns två instrument på svenska, Strukturerad klinisk intervju för DSM-IV (SCID) och Alkohol- och drogdiagnosinstrument (ADDIS), som har viss utbredning. Bägge är svenska versioner av internationella (amerikanska) instrument.
- Systematisk användning av dessa – och andra – instrument kan lägga grunden till en löpande dokumentation och användas som basinformation till uppföljningar av utfall och resultat av strukturerade behandlingsmetoder.
 - Detta ger i sin tur förutsättningar för fortsatt forskning/metodutveckling och till diskussion om lämpliga insatser för olika grupper och i olika skeden av vårdprocessen.

5.3.5 Strukturerad behandling

- Betydelsen av strukturerade insatser – att behandlingen präglas av en medveten teori och följer ett förutsägbart schema eller förlopp – är belagd i flera olika forskningssammanställningar.
- Positiva behandlingseffekter (oavsett modell) kan förstärkas ytterligare om familjen involveras i behandlingen (familjepro-

gram, närverksterapi med mera) samt av eventuell relevant stödmedicinering.

5.3.6 Val av lämplig insats

- Det är centralt för framgång att individens egna preferenser ges stor tyngd vid val av behandling/insats.
- Försök att lära personal/behandlare att ”matcha rätt person till rätt behandling” har visat sig ge relativt små positiva effekter.
- Vård i öppna former har visat sig ge väl så goda resultat som slutenvård vid lindrigare missbruk – såväl kostnaderna som möjligheterna att återkomma till ett normalt socialt liv kan då tala för öppenvård.
- Men vid tyngre missbruk (svårare drogberoende och flera sidoproblem) ger vård som inleds inom slutenvården ofta bättre resultat.
- När man sätter samman behandlingsgrupper bör till exempel inte psykiskt sårbara personer (ångestladdade och psykosnära) behandlas tillsammans med utagerande och aggressiva personer.
- Många kvinnor med tungt missbruk har behov av könsseparat behandling, åtminstone i intensiva skeden – det gäller alldeles särskilt gravida, kvinnor med småbarn samt kvinnor som levt med prostitution.

5.3.7 Terapeutisk allians och vårdklimat

- Studier visar att positiva effekter i terapi i hög grad beror på relationen mellan patient och terapeut.
- Det finns också studier som visar att en konfrontativ behandlarstil ger sämre utfall jämfört med en stödjande och respektfull stil där patienten stimuleras till att själv utveckla sin motivation till förändring.
- I grupporienterad eller miljöterapeutisk vård är processen inom patientgruppen central – ett positivt behandlingsklimat inom institutionen som helhet är då avgörande.
- Personalens skattning av sin arbetsmiljö har visat sig vara positivt relaterad till behandlingsutfallet.

5.3.8 Långsiktighet och kontinuitet

- Vägen ut ur missbruk är lång och sällan rätlinjig – bakslag och återfall är normala även för personer som så småningom når stabil nykterhet/drogfrihet.
- Därför är det centralt att stödet till personer med tungt missbruk kännetecknas av långsiktighet, kontinuitet och uthållighet.
- Det är ofta bäst om en och samma kontaktperson samordnar behandling och insatser både när det gäller sociala och medicinska/psykiatriska insatser med flera.
- Goda behandlingsresultat måste följas upp med fortsatta stödåtgärder (återfallsprevention) som enligt forskningen bör pågå under lång tid, minst ett år.
- Fortsatt stöd efter behandling kan, förutom av professionella, också erbjudas inom ramen för självhjälpgrupper som AA, NA och Länkarna
- Både professionell eftervård och självhjälpgrupper har – var för sig – dokumenterade positiva effekter som har direkt samband med eftervårdens längd.

5.3.9 Personalens kompetens

- Viktigt att vård- och behandlingspersonalen tror att en förändring är möjlig och har adekvata resurser och flexibel inställning för att kunna möta enskilda individers behov och önskemål.
- Det finns studier som visar att empatisk förmåga hos personalen ökar med utbildningsnivån.

5.3.10 Organisatoriska förutsättningar

- Vård och behandling för personer med samtidigt missbruk och psykisk störning får bättre utfall om insatserna mot missbruket integreras med insatserna mot den psykiska ohälsan.
- En specialistorganisation som förenar kommunens och landstingets kompetens kan bidra till minskad stigmatisering och ökad tillgänglighet.

5.4 Flaskhalsar/hinder för en effektiv vårdprocess

En hel del problem som hindrar och försvårar en effektiv missbrukarvård framgår direkt eller indirekt av redovisningen ovan. Sammanfattningsvis är följande hinder och brister samstämmigt omvittnade, vanligt förekommande och bedöms som särskilt allvarliga.

5.4.1 Inom landstingen

- Brister när det gäller abstinensbehandling, stödmedicinering och substitutionsbehandling.
- Väntetider som försvårar och ibland omöjliggör behandling i inledningsskedet.
- Brist på resurser och kompetens för att vårda/behandla personer med tungt missbruk och samtidig psykisk sjukdom – den grupp som sannolikt är den mest utsatta och vårdbehövande.

5.4.2 Inom den sociala sektorn

- Flera rapporter antyder att det har skett ett skifte inom socialtjänsten från offensivt uppsökande insatser och försök att motivera till vård, till en mer avvisande eller prövande inställning, där personer med missbruk måste hävda sin vilja till vård för att få del av insatserna.
- Stor brist på goda och anpassade boenden/bostäder, liksom på möjligheter till sysselsättning (anpassat arbete eller utbildning och fritidsaktiviteter), som har avgörande betydelse för att motverka återgång till tidigare missbruksmiljöer/-kamrater och återfall i missbruk.

5.4.3 Problem som beror på uppsplittringen mellan huvudmän

- Personal som arbetar med personer med missbruk saknar en gemensam kunskap om missbrukarvården som helhet (olika huvudmäns uppdrag, ansvar och resurser med mera).
- Det är naturligt att huvudmännen har delvis olika (komplementära) perspektiv på missbruk och beroende samt olika kunskapsbas, men dialogen mellan professionella försvåras av olika

vårdideologiska ståndpunkter, olika terminologier och olika attityder till missbruk och missbrukare.

5.4.4 Generella brister (oavsett huvudman)

- En stor andel av personalen inom missbrukarvården saknar specialutbildning för sitt arbete.
- Centrala grundutbildningar (socionom, läkare, sjuksköterska, psykolog med flera) har ingen eller en mycket liten obligatorisk utbildning såväl om alkohol- och drogkunskap som om behandling av missbruk/beroende.
- Även huvudmännens internutbildning av befintlig personal har stora brister i både omfattning och kvalitet.
- Det saknas en för olika huvudmän gemensam grund för behovsbedömning, individuell planering och dokumentation för uppföljning och lärande.

6 Allmänna överväganden

I det tidigare har jag redovisat principiella utgångspunkter (avsnitt Några kommentarer till direktiven) för utformningen av ett effektivt och långsiktigt verkande stöd till kommunernas missbrukarvård. Jag har övervägt några vägval utifrån direktiven och mina övriga utgångspunkter.

6.1 Avtal mellan staten och kommunerna som kollektiv eller mellan staten och enskilda kommuner?

Direktiven (Dir 2004:164) talar om ”... en vårdöverenskommelse mellan staten och kommunerna”. Det är inte helt klart vad som avses. Jag har tolkat det som att det finns två alternativ. Det första innebär att staten med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) träffar en vårdöverenskommelse för samtliga kommuner om ett statsbidrag och om några områden/insatser som kommunerna ska prioritera. Den formen för överenskommelse har prövats och utvärderats inom ramen för Handlingsplan för hälso- och sjukvården (*Att styra genom att komma överens, RRV 2003:14*).

En fördel med detta alternativ kan vara att staten avstår från att styra missbrukarvården i detalj och i stället koncentrerar sig på att följa upp och utvärdera. Styrningen sker via utvärderingen och att utvärderingsresultaten får offentlighet och sprids. En nackdel är att staten därmed fränsäger sig möjligheter att följa pengarna och förvissa sig om de går till just missbrukarvården och inte till andra kommunala ändamål. RRV är ganska kritisk i ovan nämnda rapport och menar att Handlingsplanen för hälso- och sjukvården har haft en mycket marginell styreffekt till exempel för att åstadkomma vård på lika villkor.

Min avgörande invändning är dock att detta statsbidrag inte räcker till för en kollektiv överenskommelse som omfattar samtliga

290 kommuner. Om statsbidraget relateras till kommunstorlek eller till vårdtyngd blir det bara mycket marginella belopp över till ett stort antal främst små och medelstora kommuner.

Min slutsats är därför att staten, för att överenskommelsen ska kunna få effekter och upplevas som meningsfull, bör träffa avtal med enskilda kommuner var för sig.

6.2 Statsbidrag till utökad verksamhet eller till ökad kompetens?

Jag har också prövat olika idéer om överenskommelsens innehåll. Vad kommunerna ska kunna använda statsbidraget till för att på bästa sätt utveckla vården för personer med tungt missbruk.

Det är uppenbart att missbrukarvården behöver mer resurser. Många kommuner skulle behöva anställa fler handläggare, behandlare, boendestödare. Det behövs också bostäder med eget kontrakt, bostäder med "socialt" kontrakt, olika former av stödboenden, fler alternativ för behandling i öppna former med mera.¹ Statsbidraget skulle kunna användas som en "grundplåt" till sådan utökad verksamhet.

En invändning är att detta statsbidrag endast avser två år och att risken är stor att bidrag till drift av nya verksamheter blir kontra-produktiva eftersom verksamheterna läggs ner när statsbidraget upphör. Utvärderingar av tidigare statliga satsningar med riktade stats- och stimulansbidrag till särskilda målgrupper, som till exempel psykiatrireformen, visar att ytterst få verksamheter överlever när huvudmännen själva ska svara för hela kostnaden. Risken är också stor för att organisationens behov och inte individernas styr vilka förstärkningar det blir.

Det är också uppenbart att missbrukarvården i stort behöver mer kompetens – systematisk behovsbedömning, fler evidensbaserade behandlingsmetoder, bättre samordning och utnyttjande av olika huvudmäns befintliga resurser. Här ser jag betydligt bättre möjligheter att uppnå bestående positiva effekter även med tidsbegränsade statsbidrag samtidigt som det innebär att förändringsarbetet sker inom den reguljära verksamheten.

Förslaget till vårdöverenskommelse för 2006 och 2007 innehåller därför insatser av engångskaraktär med tonvikt på kunskap, metoder, samverkan – och inte på verksamheter, personal, lokaler med

¹ Källa: Socialstyrelsens lägesrapport om IFO 2004

mera som innebär en utökad kostnadsram. Min förhoppning är att förslagen ska kunna tjäna som avstamp för fortsatt utveckling av missbrukarvården oavsett om statens riktade stöd fortsätter efter 2007.

6.3 Nödvändiga förutsättningar för att utveckla missbrukarvården

Jag ser tre faktorer som har avgörande betydelse för att kunna utveckla en missbrukarvård av god kvalitet.

6.3.1 Kunskap om vilka insatser som ger resultat

För det första måste missbrukarvården bygga på kunskap om vilka insatser som kan ge vilka resultat och vad som därvid krävs i form av pengar, metoder, organisation med mera. Det måste utvecklas betydligt bättre strukturer för att utveckla, sprida och använda sådana kunskaper.

Utvecklingsmedel av traditionell typ, det vill säga till olika typer av kortvariga kommunala projekt, kan inte fylla den funktionen. Det behövs betydligt mer långsiktiga insatser, som är förankrade både i statligt finansierad utvärderingsforskning, grundutbildning och forskarutbildning och i kommunala strukturer som möjliggör kvalificerad uppföljning och utvärdering av resultat.

6.3.2 Samordnade insatser från myndigheterna

För det andra måste organisationen av vården bygga på den enkla sanningen att det behövs i tid och rum samordnade insatser från samhällets olika sektorer. Här finns en av missbrukarvårdens allra allvarligaste brister, som drabbar den enskilde och hans/hennes familj och samtidigt innebär ett slöseri med resurser. Den nuvarande situationen är väl dokumenterad och väl känd och erkänd av i stort sett alla berörda, inte minst bland personer med tungt missbruk och deras familjer. Bristande samordning utmärker framförallt hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser, men gäller också andra viktiga funktioner som till exempel arbetsmarknadsåtgärder, utbildning och insatser inom kriminalvården.

Ett statligt stöd till endast en av huvudmännen, i detta fall kommunerna, blir därför starkt begränsat särskilt när det gäller möjligheten att bidra till uppbyggnaden av en vårdkedja, som ju i sig förutsätter just väl utvecklad samordning. Den besvärande bristen på samordning är inte heller enbart en finansieringsfråga utan har andra sammanflätade orsaker, som olika vårdkulturer, olika lagstiftning, olika prioriteringar samt en vårdorganisation som generellt sett inte är uppbyggd utifrån individens behov utan utifrån organisationens traditioner och behov.

6.3.3 Principen om "individen i centrum" måste styra vårdorganisationen

För det tredje måste principen om "individen i centrum" bli styrande för hur vården organiseras och utförs. Jag menar att de båda ovanstående faktorerna är betydelsefulla i det här sammanhanget. En missbrukarvård som bygger på öppet redovisad kunskap ger personen med tungt missbruk större möjlighet att både överblicka, ifrågasätta och påverka. En väl samordnad organisation, som bygger på individuella behov, ger honom/henne en bättre service och bättre kvalitet på vården samtidigt som han/hon, och inte minst familjen, slipper att gå den ofta fruktlösa och frustrerande vandringsvägen mellan olika instanser, där ingen har ett helhetsansvar, eller som man också kan kalla det, ett "kundansvar".

6.3.4 Förslag för att utveckla en missbrukarvård med kvalitet

Mina förslag nedan bygger, så långt möjligt inom den givna ramen, på dessa avgörande faktorer.

Förslaget om stöd till specialiserad och integrerad missbrukarvård bygger på insikten om behovet både av möjligheter till specialisering som en viktig del av kunskapsutvecklingen och av samordnade insatser.

Förslaget om stöd till införandet av en behandlingsgaranti innebär att en kommun åtar sig att agera utifrån den enskildes situation, "individen i centrum". Som redovisats tidigare är socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap att stötta när personen är motiverad och i akut behov av hjälp med missbruket, något som företrädarna för brukarorganisationerna själva anser vara en av de

allra mest avgörande faktorerna. Från professionellt håll framhåller man också möjligheterna till snabb avgiftning som vitala, men på många håll dessvärre inte tillräckliga.

Förslaget om stöd till utvecklingen av arbetet med individuell vårdplan, med stöd av systematisk behovsbedömning samt uppföljning och utvärdering, ska rätt utförd stärka den enskildes ställning. Planen ska dels upprättas tillsammans med honom/henne, dels utgå från hans/hennes individuella behov, situation och möjligheter och samtidigt ge klara besked om vad han/hon kan förvänta sig av olika inblandade myndigheter. Vårdplaner med inslag av uppföljning och utvärdering, ger också möjligheter till uppbyggnad av kunskap om missbrukarvårdens resultat.

7 Förslag inom tre angelägna områden

Med ledning av dessa utgångspunkter har jag identifierat tre angelägna områden, inom vilka jag lägger förslag till utvecklingsinsatser som kommunen ska kunna söka kostnadstäckning för ur det riktade statsbidraget. Det ska vara möjligt att ansöka om pengar för att utveckla såväl ett enskilda som samtliga förslag. Jag har underhand försäkrat mig om att mina förslag ligger i linje med det preliminära innehållet i Socialstyrelsens kommande kvalitetsindikatorer och riktlinjer för missbrukarvård.

7.1 Specialiserad och integrerad missbrukarvård

Förslag:

- Kommuner där personal som arbetar med missbrukarvård också samtidigt arbetar med/ansvarar för andra områden inom socialtjänsten kan få statsbidrag för att införa en specialiserad missbruksenhet i syfte att uppnå bättre resultat – effektivare handläggning, högre kompetens, tydligare ansvar och bättre kontinuitet i kontakten med enskilda.
- Kommuner kan få statsbidrag för att organisera en gemensam samlad missbruksenhet och på så sätt få tillgång till mer och specialiserade resurser för missbrukarvård.
- Kommuner kan få statsbidrag för att inrätta lokala öppenvårdsmottagningar där kommunens missbrukarvård och landstingets specialiserade beroendevård/psykiatri arbetar integrerat med särskild inriktning på personer med tungt missbruk.

7.1.1 Motiv för förslagen

Det är väl känt att personer med tungt missbruk, inte sällan i kombination med medicinsk/psykiatrisk problematik, upplever problem i mötet med missbrukarvården och övriga myndigheter och verksamheter som har inflytande över deras problem och rehabilitering. En person med tungt missbruk behöver ofta kontakt med ett 15–20 tal professionella. Dessa representerar olika budgetar, olika synsätt på vården samt korta tidsperspektiv och har som regel svårt att överblicka helheten. Konsekvensen blir ofta att den enskilde hänvisas runt i vårdsystemet. Ingen upplever sig ha mandat att lyssna på hans/hennes önskemål och att besluta om insatser med dessa som grund.

7.1.2 En tydlig organisation av missbrukarvården i kommunen ger bättre resultat

Jag bedömer att en person med tungt missbruk behöver mötas av en tydlig kommunal organisation. Målet bör vara en ingång i socialtjänsten. Splittrade resurser för personer med tungt missbruk riskerar att försämra tillgängligheten och därmed försämra den enskildes möjligheter att få vård och behandling. En otydlig organisation drabbar inte bara den enskilde direkt, utan även indirekt genom att andra berörda myndigheter får svårt att hitta sina samverkanspartners i den kommunala organisationen.

Jag vill alltså stödja kommuner som vill arbeta mot en tydligare och mer ändamålsenligt organisation av insatserna till personer med tungt missbruk. Närmare 40 procent av kommunerna med färre än 40 000 invånare har, som framgått, en icke-specialiserad missbrukarvård (liksom en tredjedel av landstingen). Socialstyrelsen bedömer, i tidigare nämnda rapporten Orion 2003, att en specialiserad organisation innebär vinster framför allt i professionellt hänseende, men att den också ger större möjligheter till överblick och planering. Även vid utredningens tidigare nämnda hearing med verksamhetsansvariga och forskare med flera framfördes liknande synpunkter som en stark rekommendation.

7.1.3 Kommunens missbrukarvård och landstingets beroendevård/psykiatri bör integreras

Jag bedömer att det är angeläget att integrera socialtjänstens missbrukarvård och landstingets beroendevård med bibehållna huvudmannaskap. Jag ser detta som medel såväl för att sätta individens behov i centrum som för att använda samhällets resurser mer effektivt. En integrerad missbrukarvård/beroendevård ger också bättre förutsättningar att införa och leva upp till den behandlingsgaranti för personer med tungt missbruk, som jag också föreslår.

Ett huvudalternativ är att kommunens missbrukarvård och landstingets beroendevård organiseras tillsammans. Ett annat alternativ kan vara att kommunal missbrukarvård och lokal psykiatri eller primärvård organiserar en enhet tillsammans. Oavsett i vilken form den integrerade mottagningen organiseras bör den ha kompetens och övriga förutsättningar som motsvarar behoven hos personer med tungt missbruk. Mottagningen/enheten bör bland annat erbjuda öppen mottagning för psykosocial behandlingsmotivation och medicinsk vård; göra sociala och medicinska utredningar och bedömningar; utveckla och bedriva avgiftning i öppen vård; erbjuda stöd vid återfall.

7.1.4 Lokala avtal reglerar samarbetet

Lokala avtal kan upprättas mellan respektive kommun och landstingets sjukvårdsstyrelse. I förekommande fall kan också lokal psykiatri och primärvård ingå i avtalet. Varje huvudman svarar för sina egna kostnader. De gemensamma kostnaderna – lokaler, administration med mera – fördelas efter överenskommelse. Mottagningen/enheten bör ledas gemensamt¹.

¹ Källa: Samverkan i missbrukar- och beroendevården. En gemensam policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård i landstinget och kommunerna i Stockholms län (januari 1998), Kommunförbundet Stockholms län (KSL) och Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN)

7.1.5 Vad kan kommuner få statsbidrag till?

Statsbidraget kan användas till att

- dels täcka kostnader för att genomföra en specialisering av missbrukarvården i en kommun eller i flera samverkande kommuner.
- dels täcka kostnader för olika aktiviteter i syfte att identifiera och reglera förutsättningar och former för samverkan kring arbetet med personer med tungt missbruk som till exempel en gemensam utbildning om olika huvudmäns uppdrag, lagstiftning, resurser, kompetens och metoder.
- dels till engångskostnader som till exempel utbildning, lokalanpassning med mera i samband med en förändring till integrerad mottagning mellan socialtjänst och beroendevård/psykiatri.

7.2 Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser

Förslag:

Kommuner kan få statsbidrag för att införa och tillämpa lokala behandlingsgarantier för personer med tungt missbruk om längsta väntetid till ett första samtal och till att en individuell vårdplan upprättats. Riktmärken bör vara 2–3 dagar till första samtal med socialtjänsten och cirka 4 veckor till att en individuell vårdplan upprättats.

7.2.1 Motiv för förslaget

Det är ofta helt avgörande att socialtjänsten har tid och möjligheter att ta emot en person med tungt missbruk när motivation till behandling mot drogberoendet finns. Om detta är representanter för brukarorganisationerna, forskarna och övriga berörda överens. Motivationen är ofta flyktig och kräver uppmärksamhet och stimulans. Jag bedömer därför att kortast möjliga dröjsmål till första kontakt samt öppenhet och tillgänglighet i bemötandet är viktiga förutsättningar för att bygga ett ömsesidigt förtroende som kan ge framgång i den fortsatta vårdprocessen.

I Danmark har, som framgått, personer med tungt missbruk enligt lagen rätt att få – och amtskommunerna en lagstadgat skyldig-

het att erbjuda/besluta om – ett vårderbjudande inom 14 dagar². I Norge, där personer med tungt missbruk omfattas av sjukvårds- och patienträttslagstiftningen, har de rätt till utredning om sina missbruksrelaterade sjukvårdsbehov inom 30 dagar.

7.2.2 Kommuner kan införa lokala behandlingsgarantier

Mitt förslag är att kommuner ska kunna få statsbidrag för att införa lokala behandlingsgarantier. Innehållet i garantin bör kunna variera efter lokala förutsättningar. Men eftersom en utdragen tidsgräns motverkar själva meningen med en behandlingsgaranti, anger jag som riktmärken cirka 2–3 dagar till första samtal med socialtjänsten och cirka fyra veckor till att en individuell vårdplan upprättats som ska kunna ligga till grund för omedelbar och aktiv behandlingsplanering. Det viktigaste är att ta fasta på individens motivation och begäran om hjälp och stöd samt att vårdplanen utformas tillsammans med honom/henne. Det är också viktigt att betona kvaliteten i vårdplanen, att den är realistisk och bör omprövas när nya förutsättningar och behov kommer fram. Jag beskriver närmare vad jag avser med vårdplan i nästa avsnitt.

En kommunal behandlingsgaranti begränsas givetvis av att den bara kan omfatta insatser inom kommunens kompetensområde. En framgångsrik behandling och eftervård/rehabilitering förutsätter så gott som alltid samtidiga och integrerade insatser från beroendevård och psykiatri med flera. Förutsättningarna för att införa och använda behandlingsgarantier underlättas därför väsentligt om socialtjänsten och hälso- och sjukvården har integrerat missbrukarvården och beroendevården/psykiatrin i enlighet med mitt tidigare förslag.

7.2.3 Vad kan kommunerna få statsbidrag till?

Statsbidraget kan användas

- dels till engångskostnader för omställning, som till exempel organisatoriska och metodologiska förändringar inklusive ut-

² Juris doktor Ewa Gustafsson har på utredningens uppdrag skrivit en PM 2005.09.11 *Rättsliga förutsättningar för en behandlingsgaranti för personer med missbruksproblem*, som bland annat belyser frågan huruvida kommunala tidsgränser för insatser inom missbrukarvården är förenliga med svensk lagstiftning och praxis

- bildningsinsatser inom kommunen, som krävs för att införa en behandlingsgaranti,
- dels till motsvarande omställningsinsatser samt gemensam kompetensutveckling tillsammans med landstingets beroendevård och psykiatri för att underlätta så att behandlingsgarantin kan införas,
 - dels som en ekonomisk engångskompensation till kommunen; ett första motiv för kompensationen är att för socialtjänsten nya personer med tungt missbruk, som skedde i Danmark, kan komma att ansöka om vård och behandling; ett andra motiv är att det uppsökande arbetet kan behöva utvecklas för att även personer, som inte ansöker på eget initiativ, ska kunna erbjudas kontakt, samtal och individuella vårdplaner.

7.3 Individuella vårdplaner för att sätta individen i centrum

Förslag:

Kommuner kan få statsbidrag för att införa, använda samt följa upp individuella vårdplaner för personer med tungt missbruk.

7.3.1 Motiv för förslaget

Från den enskildes perspektiv bör en effektiv missbrukarvård bland annat präglas av tydlighet vad gäller inflytande, krav och förutsättningar, förutsägbarhet vad gäller konsekvenser av olika handlingar och kunskap samt objektivitet vad gäller bedömningar av vårdbehov och erbjudanden om vårdinsatser.

Min bedömning är att en kommunal missbrukarvård som vill leva upp till detta måste bygga på individuella vårdplaner som upprättas i samråd med den enskilde och som samordnas med andra huvudmän.

7.3.2 Vårdplanen ska vara övergripande och långsiktig

Vårdplanen bör övergripande och långsiktigt uttrycka förutsättningar för samt mål och innehåll i den fortsatta vårdprocessen

inklusive eftervården. Socialtjänsten och individen ansvarar gemensamt för vårdplanen.

En individuell vårdplan bör omfatta en inledande kartläggning via strukturerad intervju med den enskilde som tar upp ett antal relevanta områden som nätverk (familjesituation, barn, umgänge), skola/utbildning, arbetslivserfarenhet, bostadsförhållanden, ekonomi, fysiskt och psykisk hälsa, missbruk (drogtyper, mönster av riskfyllt bruk, beroendediagnoser), kriminalitet samt tidigare missbruksbehandling och erfarenheter/resultat av dessa.

Resultatet av kartläggningen utgör basen för en utredning och kvalificerad vårdbedömning som bör ta fasta på den enskildes sociala situation och resurser, missbrukets svårighetsgrad, eventuella psykiska sjukdomar och funktionshinder, behov av struktur och aktiv vägledning samt grad av motivation och beredskap för förändring.

I vårdplanen ingår också hur olika insatser ska genomföras och följas upp – vad som ska göras, när insatsen ska ske, vem gör vad, vad insatsen ska leda till på kort och lång sikt, vad den enskilde kan göra för att bidra till hur beslutet formuleras samt när uppföljning ska ske³.

En vårdplan ska inte sammanblandas med en behandlingsplan. Den senare är mer konkret och detaljerad, men också mer flexibel för att ta hänsyn till processen.

7.3.3 Lagstöd för vårdplaner finns redan ...

Man kan hävda att det redan idag finns lagstöd för att kommunerna ska tillämpa en vårdplanering ungefär som den ovan beskrivna.

Socialtjänstlagen säger dels (3 kap, 1 §) att socialnämnden ska göra sig förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen dels (3 kap, 5 §) att nämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. Lagen anger vidare (3 kap, 3 §) att insatserna ska vara av god kvalitet, att personalen ska ha lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialtjänstlagen stadgar dessutom att (11 kap, 1 §) nämnden utan dröjsmål ska inleda utredning av vad som ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan för-

³ Källa: Riktlinjer för insatser till vuxna missbrukare i Stockholms stad, Kommunstyrelsen 2002-11-13

anleda någon åtgärd, (och att) vad som har kommit fram vid utredning, och som har betydelse för ett ärendes avgörande, skall tillvaratas på ett betryggande sätt.

7.3.4 ... men stora brister i praktiken

Men det är uppenbart att det fortfarande finns brister i arbetet med personer i missbruk i många kommuner. I rapporten *Social tillsyn 2004 – resultat av länsstyrelsernas tillsyn*, sägs till exempel

Sammantaget kan dock konstateras att handläggning och dokumentation synes vara ett problemområde inom verksamhetsområdet som avser missbruk. Brister i handläggning och dokumentation i den enskilda ärende riskerar att leda till att dennes behov av insatser inte blir tillgodosedda.

I Stockholm stad har Revisionskontoret med hjälp av en konsult granskat socialtjänstens insatser för personer med missbruksproblem mellan 18 och 35 år i fyra stadsdelar (*Revisionsrapport nr 8/2004*). Granskningen avsåg bl.a. "...om nämndernas individuella utredningar varit tillräckligt noggranna för att de individuella behoven skulle kunna bedömas" samt "...om upprättad individuell plan för rehabilitering följts". Konsulten konstaterade bland annat:

Sammanfattningsvis bedömer vi att granskningen påvisar stora brister i att använda planer som stöd för målinriktat arbete och ärendepenering. Avsaknad av tydliga plandokument gör det svårt och ibland omöjligt att bedöma dels resultat och effekter av missbrukarvårdens olika beslutade och genomförda insatser dels vad som ska ske efter att insatsen är genomförd och dels om den enskilde missbrukaren har erbjudits de insatser som vederbörande har rätt till.

7.3.5 Goda vårdplaner förutsätter strukturerade bedömningsinstrument

En kommun som vill införa och tillämpa individuella vårdplaner för personer med tungt missbruk måste, enligt min övertygelse, ha stöd av ett utprovat instrument för systematisk bedömning, kommunikation och dokumentation av alla relevanta uppgifter. Ett sådant instrument/system kan sägas ha tre syften eller användningsområden. Förutom det primära, att ge förutsättningar för en opti-

mal vård- och behandling för den enskilde, ger det också kommunen möjligheter att sammanställa uppgifter till ny kunskap om målgrupper, insatser och metoder samt – i nästa led – staten möjligheter att utveckla den nationella statistiken och missbruksforskningen. Det finns, som framgått, två system som uppfyller dessa grundkrav och som har vetenskaplig legitimitet. Addiction Severity Index (ASI) och Dokumentation och utvärdering inom missbrukarvården (DOK).

7.3.6 Vad kan kommunen få statsbidrag till?

Statsbidraget kan användas till att täcka kommunens kostnader dels för

- att utveckla och förankra en genomtänkt strategi för att implementera individuella vårdplaner med hjälp av systematiska bedömningsinstrument inklusive införandet av programstöd för denna process,
- att utbilda arbetsledare och handläggare i hur man kan upprätta individuella vårdplaner med stöd av ASI eller DOK,
- resurser för analys och uppföljning av uppgifter om enskildas och målgruppers behov med mera som den strukturerade dokumentationen genererar.

I anslutning till förslaget om individuella vårdplaner vill jag också lyfta fram Socialstyrelsens riktlinjer och kvalitetsindikatorer för missbrukarvård. Jag bedömer, som framgått, att dessa kan bli ett gott stöd för kommuner som vill utveckla sin missbrukarvård mot mer kunskap och bättre struktur. Riktlinjerna och kvalitetsindikatorerna kommer att redovisas under 2006 och kan då implementeras och användas som ett ytterligare hjälpmedel i kommuner som vill utveckla sin vårdplanering.

8 Övriga förslag

Jag har övervägt två statliga myndigheter som ansvariga för att administrera och följa upp vårdöverenskommelsen. En del talar för Socialstyrelsen, en del för länsstyrelserna. Något ytterligare alternativ kan jag inte se. Länsstyrelsen är mest lämplig som ansvarig myndighet om överenskommelsen, som jag föreslår, innebär avtal mellan staten och enskilda kommuner var för sig. Efter en samlad bedömning föreslår jag en kompromiss betingad av att den satsning på missbrukarvården jag här skisserat behöver såväl nationellt som regionalt stöd för att kunna fullföljas på ett framgångsrikt sätt.

8.1 Länsstyrelserna fördelar statsbidraget till kommunerna

Jag föreslår att länsstyrelserna får ett operativt ansvar för att regionalt fördela statsbidraget till enskilda kommuner. Jag bedömer att detta ansvar förutsätter att länsstyrelserna för en aktiv dialog med kommunerna om missbrukarvårdens lokala behov och förutsättningar inklusive vilka möjligheter som finns för samverkan och samarbete inom länen.

8.2 Prioritera kommuner där statsbidraget kan göra mest nytta

Min rekommendation till länsstyrelserna är att prioritera kommuner där statsbidraget kan göra mest nytta – det vill säga där kommunledning och personal har vilja, beredskap och en tydlig och väl förankrad plan för förändring/förbättring. Jag bedömer, som framgått, att pengarna omöjligt kan räcka till alla kommuner om de ska kunna utveckla missbrukarvården på ett meningsfullt sätt.

8.3 Länsstyrelserna följer upp vårdöverenskommelsen regionalt

Länsstyrelserna bör också ansvara för att, i samråd med Socialstyrelsen, regionalt följa upp hur statsbidraget använts (vad kommunerna ansökt om och beviljats) och effekter (vilka förändringar har skett med stöd av statsbidraget).

8.4 Länsstyrelserna bör få särskilda resurser för dessa uppgifter

Socialdirektörerna har påpekat att länsstyrelserna inte klarar dessa uppgifter med nuvarande resurser. Jag delar den uppfattningen och föreslår att länsstyrelserna gemensamt får disponera totalt 7 miljoner kronor av det samlade statsbidraget för att regionalt fördela statsbidraget samt administrera och följa upp vårdöverenskommelsen.

8.5 Socialstyrelsen samordnar på nationell nivå

Jag föreslår att Socialstyrelsen får ansvar för att övergripande samordna vårdöverenskommelsen i syfte att underlätta för en enhetlig hantering och stödja länsstyrelserna att till exempel bedöma rimliga tidsgränser samt schablonkostnader för att införa lokala behandlingsgarantier. Dessutom ansvarar Socialstyrelsen för det pågående arbetet med kvalitetsindikatorer och riktlinjer inom missbrukarvården. Dessa bör, som jag antytt tidigare, konkret kunna omsättas till praktisk vägledning i missbruksarbete inom ramen för denna överenskommelse.

8.6 IMS bör få nationellt ansvar för strukturerade bedömningsinstrument

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS f.d. CUS) är en ytterligare resurs med personal som har bred erfarenhet av forskning och utvecklingsarbete inom missbrukarvården. Så till exempel pågår inom IMS ett arbete med att utveckla ASI samt att göra det kompatibelt med DOK, det andra bedömningsinstrumentet med nationell spridning. När befintliga eller nya bedöm-

ningsinstrument utvecklas är det, enligt min bedömning, viktigt att de också kan användas för internationella jämförelser. Jag anser att det är angeläget att på nationell nivå utse ett organ/en funktion med uppgift att utveckla, förvalta och kvalitetssäkra strukturerade bedömningsinstrument som stöd för individuella vårdplaner. Jag bedömer att IMS har förutsättningar att fylla den rollen

8.7 Socialstyrelsen bör utvärdera satsningen

Socialstyrelsen bör ges uppdraget att nationellt följa upp och utvärdera om och hur den statliga satsningen bidragit till en bättre missbrukarvård. Jag bedömer att det är särskilt angeläget att följa upp och utvärdera förslaget om behandlingssgaranti för personer med tungt missbruk som blir ett nytt inslag inom socialtjänsten. Jag föreslår att Socialstyrelsen får använda totalt 3 miljoner kronor av statsbidraget under åren 2007, 2008 och 2009 för utvärderingen.

8.8 Ett skandinaviskt perspektiv på missbrukarvård

I Danmark och Norge har nyligen, som jag har redovisat, genomförts omfattande reformer inom missbruksområdet med olika inriktning och som kommer att utvärderas det/de närmaste åren. Det finns därför, enligt min bedömning, just nu ett sällsynt gynnsamt läge för att byta erfarenheter, jämföra olika strategier och organisationsformer och att gemensamt i de skandinaviska länderna öka kunskapen om vad som är god missbrukarvård. Socialstyrelsens utvärdering bör därför, om möjligt, genomföras i samverkan med eller i nära kontakt med utvärderingarna i Danmark och Norge.

8.9 Förslag till fördelning av statsbidraget mellan länen

Jag redovisar i tabellen nedan förslag till hur statsbidraget om 340 miljoner kronor (reducerat med 10 miljoner kronor för administration samt utvärdering) kan fördelas mellan länen i förhållande till befolkning och vårdtyngd. Som mått på vårdtyngd har jag, som tidigare redovisats, valt att utgå från uppgifter ur Socialstyrelsens officiella patientregister om antal personer i länen som varit inlagda på sjukhus på grund av alkohol- och/ eller narkotikadiagnos.

Län	Befolkningsandel 16 år och äldre (åren 1998–2003)	Skattad missbruks- prevalens per 10 000 inv. 16 -(åren 1998– 2003)	Belopp beräknat på befolknings- andel Mkr	Belopp korrigerat efter miss- bruksnivå Mkr
Stockholm	20,5%	190	69,6	87,9
Uppsala	3,3%	127	11,2	9,5
Södermanland	2,9%	146	9,8	9,6
Östergötland	4,6%	133	15,8	14,0
Jönköping	3,6%	153	12,4	12,6
Kronoberg	2,0%	130	6,8	5,9
Kalmar	2,7%	125	9,1	7,6
Gotland	0,6%	183	2,2	2,7
Blekinge	1,7%	122	5,8	4,7
Skåne	12,8%	141	43,5	41,0
Halland	3,1%	114	10,4	7,9
V:a Götaland	16,8%	151	57,1	57,5
Värmland	3,1%	118	10,6	8,4
Örebro	3,1%	149	10,5	10,4
Västmanland	2,9%	127	9,9	8,3
Dalarna	3,1%	148	10,7	10,5
Gävleborg	3,2%	142	10,8	10,2
Västernorrland	2,8%	150	9,6	9,6
Jämtland	1,5%	153	5,0	5,1
Västerbotten	2,9%	121	9,8	7,9
Norrbottn	2,9%	137	9,8	9,0
Riket	100,0%	150	340,0	340,0

Kolumn 2 visar länens procentuella andel av totalbefolkningen över 16 år och kolumn 3 visar skattat antal personer med tungt alkohol- och narkotikamissbruk per 10 000 invånare över 16 år. Av kolumn 4 framgår hur statsbidraget på 340 miljoner kronor fördelas mellan länen enbart efter respektive befolkningsandel. Kolumn 5 visar fördelningen mellan länen om även missbruksfaktorn vägs in. Det är den fördelningen av statsbidraget som jag förordar.

8.10 Enhetliga grunder för ekonomisk kompensation till kommuner som inför behandlingsgarantier

Jag har tidigare föreslagit att kommuner som inför behandlingsgarantier för personer med tungt missbruk, bör kompenseras ekonomiskt med ett engångsbelopp. Motivet är att behandlingsgarantin sannolikt (och förhoppningsvis) kommer att förmå nya personer att vända sig till socialtjänsten. Det innebär i sin tur ökade kostnader för framförallt socialtjänsten.

I Danmark beräknade regeringen att behandlingsgarantin skulle innebära behov av resurstillskott för att ta emot nya klienter i öppen och sluten vård och kompenserade amten (landstingen) ekonomiskt. Under det första året med garantin var också var tredje person (av totalt 12 000), som ansökte om behandling med hänvisning till behandlingsgarantin, inte känd sedan tidigare inom socialtjänsten.

Jag föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att bistå länsstyrelserna att utveckla enhetliga grunder för en schablonersättning till kommuner som inför behandlingsgarantier. Variabler att utgå från kan vara Socialstyrelsens patient- respektive dödsorsaksregister, den officiella missbruksstatistiken samt andra relevanta uppgifter om behov och arbetsbelastning i kommunerna som är relaterade till tungt missbruk.