



2011-10-18

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Remiss Betänkande Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är en politiskt och fackligt obunden organisation, som arbetar för förbättrad hälsa och sjukvård med patientens bästa för ögonen.

Efter synpunkter från SLS Delegationen för medicinsk etik, Svensk Förening för Beroendemedicin, Svenska Rättspsykiatriska Föreningen, Svenska Endokrinförbundet samt Svenska Barnläkarförbundet, vill SLS avge följande yttrande.

SLS ser utredningens förslag som den mest genomgripande belysning av missbruk/beroende som gjorts under den senaste tidsperioden. Utredningen har målsättningen att skapa en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård som utgår från den enskildes behov. Vi kan inte annat än tillstyrka denna inriktning och delar utredarens uppfattning om att det finns ett stort behov av en förändrad missbruks- och beroendevård.

SLS ansluter sig till i stort sett samtliga av utredningens förslag men vill kommentera några av dem mer utförligt.

Tidig upptäckt och kort intervention

Vi delar utredningens bedömning om att tidig upptäckt och kort intervention inte används i tillräcklig omfattning inom hälso- och sjukvården trots att det har mycket starkt vetenskapligt stöd och är bland de mest kostnadseffektiva åtgärderna som förekommer. Insatser som på olika sätt kan öka användningen av lämpliga metoder på detta område är därför påkallade. Utredningens förslag är i denna del mycket angelägna, där man klargör och lagreglerar huvudmännens ansvar. Att såväl landsting som kommuner åläggs att upprätta program för tidig upptäckt och intervention ger betydligt bättre förutsättningar för att åtgärderna implementeras.

Utredningen talar om att primärvårdens grundläggande logik, där man respekterar patientens önskemål och arbetar patientcentrerat, ska respekteras. Svensk Förening för Beroendemedicin poängterar att de stöder detta men menar att det i praktiken går utmärkt att förena att på ett respektfullt sätt erbjuda samtal, frågor, livsstilsenkäter etc., där alkoholvanorna kan belysas.

Delegationen för medicinsk etik framhåller dock att det finns etiska fallgropar om tidig upptäckt bedrivs på ett alltför generellt sätt. Att fråga om alkohol- och drogvanor till varje patient i vården kan uppfattas som integritetskränkande och därmed störa patient-läkarrelationen och påverka den fortsatta kontakten negativt. Etikdelegationen menar därför att det inte är önskvärt att införa en allmän screening av alkohol- och drogvanor. Att ta upp frågor om alkohol/droger i samband med tillstånd och problem som kan vara alkohol/drog-relaterade är däremot en viktig princip, såväl ur etiskt som medicinskt perspektiv.

En viktig markering görs i utredningen rörande *primär- och företagshälsovårdens möjligheter* att inte bara genomföra screening och kort rådgivning, utan också genomföra behandling av beroendetillstånd. Denna utökade roll för primär- och företagshälsovården stöds av ny forskning som tydliggör att det stora flertalet människor med alkohol- och narkotikaproblem inte nås av den nuvarande vårdapparaten. En väsentlig samarbetspartner, för tidig intervention, är även sjukhusens omhändertagande av berusade ungdomar.

Screening i skolan, avseende droger, har väckt uppmärksamhet eftersom det inte är självklart vare sig när det gäller genomförandet eller ur ansvars- och sekretessynpunkt. Det vore värdefullt om utredningen belyste problematiken och vid behov hänvisar till gällande regler.

Svenska Barnläkarföreningen framhåller att det i utredningen råder en begreppsförvirring eller sammanblandning avseende benämningen *ungdomsmottagning*. Förmodligen avses här kommuners mottagningar för ungdomar med missbruksproblematik, men samma benämning används som för landstingens/primärvårdens ungdomsmottagningar med fokus på samlevnad, sexualrådgivning och psykosociala frågeställningar.

Huvudmannafrågan

Utredningen löser huvudmannafrågan genom att stifta en ny lag (LMB) där respektive huvudmans ansvar regleras.

Vi anser att beroendetillstånd bör behandlas som andra hälsoproblem och att den särlösning vi har för beroendetillstånd bygger helt på förlegade synsätt och fördomar om hur de människor är beskaffade som har alkohol- och narkotikaproblem. Vi hade därför hellre sett att landstinget tog över hela huvudmannaskapet för vården.

Beroendesjukdomar är diagnoser inom psykiatriens diagnosystem (DSM-IV och ICD-10) och det sker en tydlig utveckling, där förståelse av beroendetillstånd som kroniska och komplexa sjukdomstillstånd har ökat betydligt över de senaste decennierna. Under samma period har behandling och metoder utvecklats snabbt inom beroendemedicinen. Ett starkt argument för att lägga behandlingsansvaret på landstingen är därför att det ger bäst förutsättningar för den metodutveckling som pågår. Inte minst gäller detta inom områden som läkemedelsbehandling, substitutionsbehandling, läkemedelsberoende och beroende av anabola steroider.

Den underanvändning av läkemedel som i dag föreligger på det beroendemedicinska området talar ytterligare för sjukvården som ensam huvudman för behandling av beroendetillstånd samt för ställningstagande till kort- och långsiktig intervention.

Vidare är det naturligt att landstinget ansvarar för den medicinska bedömning och övervakning som krävs vid *tillnyktring och för abstinensbehandling*. Berusningstillstånd kan vara förenade med mycket allvarliga medicinska komplikationer. Inte sällan kräver akuta berusnings- och abstinensstillstånd även en bedömning av suicidrisk.

Dessutom innebär de betydande medicinska och psykiatriska konsekvenserna av exempelvis blandmissbruk, dopning och den uppsjö av olika nyare ”ungdomsdroger” som dyker upp en medicinsk komplexitet som också talar för ett landstingsansvar.

Ett exempel på den ständiga förändringen av droganoramata är även det förmodade missbruket av centralstimulerande medel, avsedda som behandling för barn- och ungdomar med neuropsykiatriska störningar, som istället riskerar komma i orätta händer och säljas vidare.

Kommunernas ansvar för *boendet* borde poängteras ytterligare. De långa vårdtiderna inom rättspsykiatri förklaras till stor del av att patienterna inte kan beredas en tillfredställande boendeform och skrivelsen att ”kommunerna i högre grad ska prioritera stöd till boende” är alltför vag. SLS efterlyser en mer tvingande skrivning, gärna med tidsramar.

Individens ställning

Missbruksutredningen vill stärka individens ställning. Att bli professionellt och respektfullt bemött, att erbjudas adekvat utredning och behandling utan långa väntetider och att själv få ha inflytande över den egna vården borde vara självklarheter.

Det är svårt att lagstifta om ett *bra bemötande* av personer som söker hjälp för missbruk/beroende men att landstinget blir ansvarig huvudman för behandling av missbruk och beroende kan bidra till att mönstra ut moraliserande och skuldbeläggande attityder.

Förstärkt *brukarinflytande* kan även bidra till förbättring av bemötandet.

Förstärkt vårdgaranti

Utredningen föreslår en förstärkt vårdgaranti för personer med missbruk som går utöver den allmänna vårdgarantin. Huvudargumentet är att personer med missbruk hittills nedprioriterats inom hälso- och sjukvården och att det därför behövs särskilda insatser ”för att komma till rätta med ett särskilt missförhållande”.

Svensk Förening för Beroendemedicin finner att detta förslag innebär en viktig förstärkning av patientens rättigheter. Dock anser man att 30 dagar är för lång tid, då klinisk erfarenhet visar att det är av största vikt för den hjälpsökande beroendepatienten att väntetider från olika instanser minimeras, så att stöd och behandling ska kunna påbörjas medan motivationen till förändring är som starkast. Föreningen anser därför att tidsramen bör vara 14 dagar eller gärna mindre.

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen framhåller att en del av dagens brottslighet hade kunnat undvikas om personerna hade fått tillgång till evidensbaserad vård i ett tidigare skede, och att förslagen om vårdgaranti därför är viktiga.

Delegationen för medicinsk etik ställer sig dock tveksam till en särskild vårdgaranti som avviker från gängse prioriteringsprinciper i hälso- och sjukvården. Behovs- och solidaritetsprincipen i den nu gällande etiska plattformen för hälso- och sjukvården är angelägen att vidmakthålla. Delegationen framhåller att det kan finnas risk för ett motstånd inom hälso- och sjukvården om personer med missbruk på detta sätt prioriteras särskilt, och att det är viktigare att upprätthålla principen om att det medicinska behovet sätts i första rummet vid prioriteringar. Alla former av vårdgaranti kan innebära etiska problem i förhållande till denna princip.

Kunskap och kompetens

SLS instämmer helt i att befintliga *kunskapsbaserade insatser* inom missbruks- och beroendevården bör tillgängliggöras för fler målgrupper och att *fler målgruppspecifika insatser* bör utvecklas.

Vi kan vänta oss en framtida fortsatt utveckling av förståelsen av flera olika typer av substansmissbruk, där vi i dag ännu inte har tillgång till evidensbaserad behandling, men där forskning pågår. Detta gäller även dopning, där mycket återstår att studera när det gäller medicinska samband, konsekvenser och behandling. SLS ser därför mycket positivt på förslagen att *förstärka forskningen* och att *inrätta kompetenscentrum för läkemedelsberoende och dopningsmedelsmissbruk*. Förslaget om *forskaraskolor* är också vällovt.

Kompetensen när det gäller missbruk/beroende är också mycket varierande inom den psykiatriska vården. Därför är det viktigt med *kompetensförstärkning* både bland befintlig personal inom psykiatri samt att det inrättas utbildningar för personer som ska anställas inom beroendevården. De *yrkesutbildningar* som utredningen föreslår tillstyrker vi, men ser gärna att det även inrättas en kortare utbildning som kan vara som påbyggnadsutbildning till exempelvis omvårdnadsprogrammet. Självklart ska *beroendelära* ingå i alla akademiska utbildningar till yrkeskategorier som finns representerade inom psykiatri.

En tydligare markering av *beroendemedicin som en medicinsk entitet* skulle förbättra rekryteringen av läkare med denna inriktning, men även av sjuksköterskor och psykologer.

Sprututbytesverksamhet

Utredningen föreslår att *sprututbytesverksamhet vid injektionsmissbruk* ska vara tillgängligt i hela landet, där det föreligger ett behov, samt att landstingen självständigt ska kunna ansöka om tillstånd för att kunna bedriva sprututbytesverksamhet till personer med dokumenterat injektionsmissbruk från 18 år. Det är ett kontroversiellt men välkommet förslag, då starka krafter verkar emot sprututbyte av ideologiska men inte medicinska skäl. Förslaget att sprututbytesverksamheten skulle regleras tillsammans med andra smittskyddsåtgärder i smittskyddslagen ter sig närmast självklart.

Vård utan samtycke

Utredningen föreslår att *LVM helt upphävs* och att *indikationen för vård enligt LPT (allvarlig psykisk störning) utvidgas* till att också innefatta patienter som till följd av missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

SLS ser positivt på detta förslag. Vi bedömer att tvångsvård enligt LVM är otillräcklig. Lagen tillämpas ojämnt, och det finns brister i utredning, vård och uppföljning, inte minst vad gäller patienter med samtidig annan psykiatrisk diagnos. Förekomst av två lagar ger gränsdragningsproblem som i värsta fall innebär att man underlåter att använda dem trots att behov finns.

Den omfattande samsjuklighetsproblematiken, mellan psykiska störningar och missbruk/beroende hanteras bäst inom en psykiatrisk verksamhet och talar för en integrerad och väldefinierad tvångslagstiftning för psykiatriska tillstånd inklusive beroendetillstånd. Dagens LPT täcker väl det behov av akuta åtgärder som krävs för att bryta ett destruktivt missbruk och innebär dessutom ett större mått av rättssäkerhet för patienten, genom dess tidsramar och rätt till omprövning.

Modellen är väl i linje med synen på allvarligt missbruk som ett sjukdomstillstånd som kan rubriceras som en allvarlig psykisk störning; beroendetillstånd är klassificerade som psykiska störningar i gällande klassifikationssystem. Det kräver emellertid en noggrannhet i beteckning och definition för att inte få en indikationsglidning och ojämn användning av lagen.

Vi finner det mycket viktigt att det finns en kongruens mellan Psykiatrilagsutredningen och Missbruksutredningen när det gäller kommande tvångsvårdslagstiftning.

Det är av stor vikt att utvidgningen av begreppet ”allvarlig psykisk störning” inte innefattar att hälso- och sjukvården ges uppdrag av social art utan den vård som ska vara aktuell i samband med LPT måste bygga endast på medicinska indikationer. Det är således inte lämpligt att beskriva detta som att LVM ”flyttas in” i LPT. Vi menar att det är mycket viktigt att begreppet preciseras och att rågången mellan medicinska och sociala indikationer för vård utan samtycke måste vara kristallklara. I annat fall riskerar grundprincipen om missbruk och beroende som ett sjukdomstillstånd att undermineras.

Ett annat förslag, som också får betydelse utanför missbruks- och beroendevården, är ett nytt rekvisit för psykiatrisk tvångsvård genom en ändring av 3 § fjärde stycket. Så som det är utformat kommer det att omfatta även den som inte har missbruks- eller beroendeproblem. Denna större fråga har utredningen inte alls analyserat och diskuterat. Samma invändning kan göras mot förslaget i 21 a § om skyldigheten för patienten att lämna vissa prov.

Synpunkter på förslaget till lag om missbruks- och beroendevård

I 1 § första stycket andra meningen i den föreslagna nya lagen om missbruks- och beroendevård föreskrivs att *"I tillämpliga delar gäller lagen också för missbruks- och beroendevård som bedrivs av annan huvudman."* På s. 408 i betänkandet exemplifieras sådana andra huvudmän med ideella föreningar, brukar/anhörigrörelsen, idéburen sektor liksom övrig privat verksamhet, om man arbetar på uppdrag av landsting eller kommun. Den viktiga begränsningen, att detta gäller endast under förutsättning att nämnda offentliga uppdrag föreligger, måste skrivas in i lagtexten. Det måste också närmare utvecklas i förarbetena till den föreslagna lagen vad som avses med tillämpliga delar.

I förslaget till 12 § finns det nya kvalitetsbegreppet *"grundad på kunskap och erfarenhet"*. Utredningen har inte analyserat och diskuterat innebörden av detta begrepp i förhållande till begreppet *"vetenskap och beprövad erfarenhet"* i t.ex. 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Man borde dessutom ha tagit ställning till vad detta innebär när personal inom socialtjänsten arbetar i team tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal.

Några av paragraferna i den föreslagna nya lagen om missbruks- och beroendevård innehåller bestämmelser som med annan formulering och i allmänhet mer preciserat redan återfinns i såväl hälso- och sjukvårdslagen som patientsäkerhetslagen (2010:659) och som något berörs i socialtjänstlagen (2001:453). Det gäller frågor om *kvalitetssäkring* och *personalens kompetens* i 12 § samt om *bemötande* i 13 §. Det vore en fördel om sådana bestämmelser i stället infördes i socialtjänstlagen (2001:453) och därigenom blev gällande i förhållande till även dem som inte har missbruks- eller beroendeproblem.

I utredningens sammanfattning på s. 39 anges att den föreslagna lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2013. För vård utan samtycke föreslås övergångsbestämmelser för perioden den 1 januari till 30 juni 2013. Sådana bestämmelser har tagits in i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Under detta halvår kan för den enskilde vård komma att ges i olika skeden – förutom med stöd av hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen – med stöd av tre andra lagar på detta område. Behovet av *övergångsbestämmelser* även i den nya lagen om missbruk- och beroendevård bör därför övervägas.

Finansiering

En rad olika ekonomiska utvärderingar har visat att vården är kostnadseffektiv på samhällsekonomisk bas, men svårigheterna har varit att visa att det är så även för landstingen. Alltfler studier talar emellertid för detta. Vinsterna är emellertid svåra att ta hem omgående, varför vi vill föreslå ett övergående *statsbidrag*.

Svenska Endokrinföreningen ställer även frågor kring finansieringen - om det verkligen ska föras över mer från kommun till landsting (psykiatrin) med den belastning som redan finns idag, och om detta är realistiskt. Man framhåller att patienterna sannolikt skulle bli bättre omhändertagna med tillgång till mer specialistkunniga inom området, men att det också kan rendera i att ett färre antal kan få del av vården och att väntetiderna bli längre.

Tillsyn

Slutligen är förslaget om att missbruks-/beroendevården ska stå under Socialstyrelsens tillsyn okontroversiellt. Att ha skärpta tillsynsmöjligheter är viktigt för att särskilt kunna bevaka missbruks- och beroendepatienternas rättigheter.

För Svenska Läkaresällskapet

Stockholm den 18 oktober 2011



Margareta Troein Töllborn
Ordförande

Tove Gunnarsson