



## Svenska Nätverket - Dubbeldiagnoser

Drogmissbruk med samtidig psykisk ohälsa

2011-10-13

### **SN-DD:s remissvar på Missbruksutredningen SOU 2011:35**

SN-DD är ett nätverk som består av företrädare från kommuner, landsting, Kriminalvård, SiS-institutioner, forskare m.fl. SN-DD:s uppgift är att verka för en utveckling av arbetet med att tillgodose behoven hos patient/klientgrupper med dubbel/multidiagnoser och därmed höja livskvaliteten för denna målgrupp. Med dubbeldiagnoser avses beroende/skadligt bruk enligt ICD-10 eller beroende/missbruk enligt DSM IV, som föreligger samtidigt med psykisk sjukdom eller personlighetsstörning enligt nämnda diagnossystem.

De förändringar som utredningen föreslår är omfattande och SN-DD:s remissvar kommer därför främst beröra områden som får konsekvenser för vår målgrupp – personer med komplexa vårdbehov – med ett stort antal vårdgivare involverade, då ingen enskild vårdgivare besitter den fullständiga vårdkompetensen.

#### **Sammanfattning**

- 1. Barn- och ungdomspsykiatrins, skolhälsovårdens och socialtjänstens individ – och familjeomsorgs ansvar för tidig upptäckt av psykisk ohälsa hos barn och ungdom är speciellt viktig för att förebygga en grogrund för utveckling av missbruk/beroende.**
- 2. Utredningen har en alltför stark medicinsk slagsida. Både ett medicinskt och ett psykosocialt perspektiv måste rymmas och förenas i ett dubbelt ansvar för vård och behandling, där psykiatrins roll måste tydliggöras. Parallella insatser behöver göras under lång tid.**
- 3. Omvårdnadsperspektivet är grovt underskattat och behöver tydliggöras och förstärkas för klienter/patienter med somatisk ohälsa och låga funktionsnivåer.**
- 4. Den enskildes rättsliga ställning hotar att försämrans om allt behandlingsansvar överförs till landstingets beroendevård och om vård utan samtycke förändras i lagstiftningen, då beslut ej längre kan överklagas som nu enligt SoL.**
- 5. Genusperspektivet handlar inte bara om olika målgrupper – en sådan analys saknas helt i utredningen.**
- 6. Det uppsökande och motiverande arbetet skulle varit mer belyst i utredningen**
- 7. Psykiatrin borde ha fått ett eget avsnitt (jfr Polis och Kriminalvård)**

Utredningen har tagit *ett brett perspektiv* på frågan om riskbruk, missbruk och beroende. Vi tycker att det är mycket bra ur ett samhällsperspektiv att hela "vården" får ansvar när det gäller att identifiera och upptäcka riskbruk. Något som i många fall kan förhindra en missbruks-/beroendeutveckling samt *förbättra nyttan av annan behandling, psykiatrisk och/eller somatisk*.

Utredningen har dock inte tillräckligt beaktat de personer som har en mer komplex problematik. De har oftast **inte förmågan att utnyttja rätten till vårdval eller vårdgarantier** utan behöver oftast en mer långsiktig och kvalificerad samverkan från flera vårdaktörer. Risken är att denna grupps vårdbehov hamnar hos olika aktörer där vårdbehoven inte tillgodoses utan istället blir formulerade som sociala problem. Eftersatta vårdbehov kan då beskrivas exempelvis i termer av hemlöshet. Detta gäller även omvänt för personer som hamnar i vårdapparaten, med risk att de inte får sina sociala behov belysta.

Vår uppfattning är att utredningen i högre grad skulle ha betonat det uppsökande och motiverande arbetet, psykiatrins roll samt omvårdnadsperspektivet. När det gäller personer med komplexa vårdbehov är uppsökande och motiverande arbete centralt. Våra klienter/patienter har ofta befunnit sig i vården under lång tid med många behandlingshaverier bakom sig. Det är lätt att bli hopplös, uppgiven och söka sig till marginaliserade grupper. Missbruks/ beroende problematik grundar sig ofta i psykisk ohälsa och här har psykiatrin en viktig roll. Psykiatrins ansvar och roll skulle ha varit mer belyst och betonad i utredningen. Precis som polis och kriminalvård borde även psykiatrin fått ett eget avsnitt. Vi saknar också resonemanget kring det viktiga omvårdnadsperspektivet. Många av våra klienter/patienter har svår somatisk ohälsa och låg funktionsnivå och blir inte alltid väl bemötta i vården.

Vi tror att den svenska modellen med dubbelt ansvar för vård och behandling är en modell att exportera. En modell där både ett medicinskt och ett psykosocialt perspektiv ryms och förenas.

Det är lovvärt att utredningen betonar bemötande frågor samt att klientens/patientens ställning ska stärkas i vården. Utredningen har trots det en allt för stark slagsida till medicinska lösningar på problemen. I missbruksvården är alltid skuld, skam och dålig självkänsla centrala begrepp i förändringsarbetet. Det hade varit intressant om utredningen belyst detta och gett en mer fördjupad bild av missbruk/beroende. Att enbart definiera missbruk/beroende som en individuell sjukdomsfråga som bäst löses i behandlingsrummet, kan allvarligt snedvrída och snäva in perspektiven.

## **Nedan motiveras våra synpunkter utifrån de åtta reformområdena**

### **Tidig upptäckt och kort intervention**

Vi ser positivt på utredningens ambition att vidga frågan till fler aktörer. En större medvetenhet om riskbruk och program för identifiering av detta inom kommuner, landsting, mödravård och barnavården, primärvården, psykiatrin, företagshälsovården, elevhälsan och studenthälsan kan få stor betydelse när det gäller att stävja ett missbruks/beroendeutveckling. Vi tycker också att förslaget med stöd till självhjälp vid riskbruk och beroende via internet är positivt. Det är viktigt med nya innovativa insatser för att nå fler, framförallt unga på nya arenor.

Vi hade önskat att utredningen varit tydligare när det gäller barn, ungdoms och vuxenpsykiatriens roll i framtiden. Det kommer att krävas mycket av nytänkande för att förbättra och utveckla den på många håll bristande samverkan mellan missbruks-/beroendevård och psykiatri. Utredningen är också summarisk i beskrivningen av det arbete som redan sker och det ansvar som redan åvilar socialtjänsten när det gäller samhällets stöd till barn, ungdom och familjer. Utredningen tar upp skolhälsovården och tidig upptäckt av missbruk, men lika viktigt är den tidiga upptäckten av psykisk ohälsa som ofta kan leda till ett missbruk/beroende, vilket även forskning har visat.

### **Tydligare ansvar för effektivare vård**

Våra erfarenheter är att komplexa vårdbehov behöver mötas med parallella insatser där läkemedelsbehandling, samtal, terapi, social omvårdnad m.m. kan kombineras på ett effektivt sätt och att detta stöd ska ske över lång tid.

Olika metoder och modeller för missbruksvård måste erbjudas personer med missbruks-/beroendeproblematik, som inte enbart innebär medicinsk behandling. Vår klient-/patientgrupp och deras familjer behöver samhällets stöd för att bli fria från missbruket. Samhällets stöd behövs också för att se barnens behov. Socialtjänstens arbetssätt och förhållningssätt gör att man inte bara ser missbrukaren, utan hela familjen och övrigt nätverk som resurser för att nå framgång med missbruksbehandlingen. Ett ensidigt medikaliserat synsätt når inte hela vägen fram.

Argumentet för att behålla det delade huvudmannskapet för vård och behandling är bl.a. socialtjänstens närhet till problemet lokalt och dess kontakt med missbruksarbetets koppling till människors levnadsvillkor. Att enbart definiera missbruket/beroendet som en individuell sjukdomsfråga som bäst löses i behandlingsrummet, kan allvarligt snedvrída och snäva in perspektiven.

Vi tror att den svenska modellen med dubbelt ansvar för vård och behandling faktiskt är en modell att exportera. En modell där både ett medicinskt och ett socialt perspektiv ryms och förenas. Det vi sysslar med är inte missbruk/beroende i största allmänhet, utan det handlar om den svåra komplexa problematiken.

Idag fungerar samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård relativt väl. Socialstyrelsens tillsynsrapport "Missbruks- och beroendevården, iakttagelser och resultat från tillsyn 2008-2010" (juni 2011) visar bl.a. på att samverkansproblem internt inom hälso- och sjukvården är större. En överflyttning av behandlingsansvaret löser inte dessa samverkansproblem.

Idag är det redan **oklara gränser inom landstingen mellan beroendevården och psykiatrien**. Vi hyser oro att samarbete och nya gränsdragningar kommer att bli än besvärligare. Ett överförande av behandlingsansvar och nya ansvarsområden mellan psykosocial behandling (landstingets ansvar) och psykosocialt stöd (kommunens ansvar), kommer att innebära att nya kontakt/konfliktytor skapas. Detta riskerar att få konsekvenser i form av ytterligare gränsdragningsproblem vilket under flera år kommer att ta uppmärksamhet och resurser från nuvarande individ- och utvecklingsfokus.

### **Stärkt ställning för individen**

Utredningen värnar om medborgare som är funktionella i samhället. Personer med komplexa vårdbehov får i allt mindre utsträckning hjälp ifrån den psykiatriska vården, vi befarar att

möjligheterna för hjälp blir sämre. Det behövs tydligare riktlinjer för psykiatrin samt en förstärkning av den psykiatriska kompetensen inom beroendevården för att bättre möta behovet hos personer med komplexa vårdbehov. Omsorgsbehovet är borttappat när det gäller vår målgrupp, med ofta låga funktionsnivåer. Målgruppen är därför sällan betjänt av vårdval och vårdgaranti. Ofta vill de inte ha hjälp ifrån någon och de söker inte för första gången. De har gått igenom vårdapparaten många gånger och många insatser har genomförts ofta på initiativ av andra.

När det gäller den enskildes rättsliga ställning är det av vikt att belysa att en överföring av behandlingsansvaret till landstingets beroendevård även innebär att den enskildes rättsliga ställning försvagas. Beslut enligt SoL är möjliga att överklaga. Vård och behandling enligt HSL är inte möjlig att överklaga. HSL är en skyldighetslag för landstinget eller vårdgivaren men denna skyldighet motsvaras inte av en rättighet för den enskilde. Förslaget skulle således innebära en försämring för den enskildes rättsliga ställning.

### **Vårdens innehåll, boende och sysselsättning**

Utredningen lägger tonvikt på missbruksdiagnoser, men vi saknar ett resonemang om olika grader av psykisk ohälsa och funktionsnivå. Personer med komplexa vårdbehov behöver ofta struktur och omvårdnad. De parallella behandlingsinsatserna involverar ofta boende och sysselsättning. Kommunerna har vanligtvis god kännedom om dessa personer och det yttersta ansvaret för insatser när andra vårdaktörer brister. Risken med utredningens förslag är att personer med komplexa vårdbehov faller utanför vården och blir allt mer identifierade med sina sociala problem.

Vi ser med stor oro på landstingens effektiviseringskrav som kan leda till krav på allt snabbare och billigare missbruksvård. Detta öppnar upp för mer substitutionsbehandling som visserligen är till hjälp för en grupp klienter/patienter men som även fortsättningsvis måste hanteras med varsamhet och restriktioner samt i kombination med mera psykosociala behandlings insatser. Det är även viktigt att personer med missbruksproblem får information om och blir erbjuden olika behandlingsmetoder. Socialt nätverk har för många en avgörande betydelse, livslång kontakt, här är AA och NA goda exempel.

För personer med missbruksproblem, som äger sitt problem och söker hjälp, blir det sällan organisatoriska problem. För vår målgrupp är samarbetsalliansen mellan behandlare och klient/patient avgörande, något som kräver kompetens i psykosocialt arbete. Svårigheterna uppstår när klienten/patienten inte alls anser sig ha ett problem även om andra tycker detta. Det behövs ett omfattande uppsökande motivationsarbete för gruppen tunga missbrukare, ett arbete som kräver lokalkännedom, uthållighet och förmåga till kontaktskapande.

### **Bättre kvalitet, kunskap och kompetens**

Självklart bra! Vi ser fram emot mer uppföljningar, mer forskning, framför allt den tvärvetenskapliga forskningen och ökade kunskaper i arbetet med personer med komplexa vårdbehov.

### **Vård utan samtycke**

Integrering av LVM i LPT motiveras med att missbruk och beroende är psykiatriska diagnoser. Vi anser att missbruk och beroende inte ska ses enbart som en psykiatrisk diagnos utan att också det sociala perspektivet måste behållas. LPT vården kan bli en svängdörr där klienter/patienter kommer in några dagar och ut igen. Vi är oroliga att detta kan upprepas

många gånger och att klienter/patienter kommer att fara mycket illa. Redan idag finns stor platsbrist i flera landsting när det gäller slutna psykiatrisk vård och det är oftast svårt att få till vårdplaneringsmöten samt en hållbar gemensam vårdplanering.

Vård utan samtycke för personer med samsjuklighet behövs. Det kan många gånger vara livsavgörande. SN-DD vill i likhet med utredningen betona vikten av att vårdinsatserna under tiden då klienten/patienten vårdas utan samtycke måste förstärkas. Samtidigt är det viktigt för insatsens resultat att den är en del av en vårdprocess som fortsätter efter tiden då vården skedde utan klientens/patientens samtycke. En risk vid en sammanslagning av LVM och LPT är att tiden för insatsen minskar. Våra erfarenheter av tillämpningen av socialstyrelsens föreskrift gällande öppen psykiatrisk tvångsvård – ÖPT – är att förhoppningarna inte infriats. Det finns också flera frågor att lösa som handlar om **rättssäkerhetsaspekter**.

### **Polisens och Kriminalvårdens roll**

I SN-DD har vi sedan länge arbetat med att förena perspektiv och i vår styrelse finns representanter från kommun, landsting, kriminalvård och SiS. Vi tycker att det är bra att utredningen lyfter fram polisens och kriminalvårdens roll i samverkan kring personer med komplexa vårdbehov.

Vi tycker det är en brist att utredningen inte nämner något om den rättspsykiatriska vårdens LRV. Vår målgrupp har vårdats i olika perioder med stöd av alla tre tvångslagar, LRV, LPT och LVM.

### **Arbetsplatser, arbetsmarknadspolitiken, socialförsäkringen**

Viktiga frågor för hela samhället. När det gäller vår målgrupp söker vi ofta vägar in i arbetslivet. Vi önskar oss också ett arbetsliv som har ökad tolerans för personer som inte presterar 100 % men kanske 25 %. Vår erfarenhet är att psykiatrireformen 1995-97 hade stora ambitioner på sysselsättningsområdet. Något man sedan inte lyckats leva upp till. Vi har istället fått ett allt mer krävande klimat i arbetslivet.

Och slutligen undrar vi: **Vem avgör skillnaden mellan psykosocial behandling och psykosocialt stöd, eftersom detta inte är klargjort i utredningen?**

För Svenska Nätverket - Dubbel Diagnoser, SN-DD

Ordförande Eva-Lotta Ardermark Nilsson