



SVENSKA BRUKARFÖRENINGENS

remissvar angående slutbetänkandet av Missbruksutredningen,

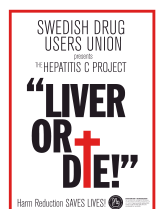
”Bättre insatser vid missbruk och beroende”

Remiss-SOU 2011:35

Stockholm 14 okt 2011



- Svenska Brukarföreningen • Swedish Drug Users Union •
- Kammakargatan 47 • 11124 Stockholm • Sweden • +46(0)8-208070 •
- www.svenskabrukarforeningen.se •

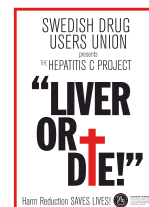


FÖRORD:

Svenska Brukarföreningen (vidare SBF) uttalar sig enbart om de områden och frågor vi besitter kunskap och erfarenhet om. Vi kan läsa delar av utredningen som en svidande kritik av politiken och de insatser som är riktade mot den grupp SBF organiserar – de människor som använder illegala eller legala narkotiska preparat i Sverige. Av det uppskattade antalet personer med sådan problematik så nås bara en av fem och kringinsatsernas resultat vet man egentligen ganska lite om. Bristen på uppföljning och forskning av insatserna är slående. Utredningen beskriver också att "Vidare tenderar personer med ett problematiskt bruk eller beroende av narkotika och dopningsmedel att undvika att söka vård på grund av att icke-medicinsk användning av preparaten är kriminaliserad" (sid: 20) vilket SBF ser som ett viktigt icke ideologiskt ställningstagande från utredarens sida. Tyvärr utreds inte kriminaliseringens goda eller dåliga effekter av konsumtionförbudet tillräckligt av missbruksutredningen vilket SBF anser vara olyckligt; till viss del kommenteras kriminaliseringen i *kapitel 4.3* om bemötandet. SBF:s egna erfarenheter visar på att många brukare undviker kontakter med samhället just utifrån kriminaliseringen vilket är mycket olyckligt då skadorna på individ och samhället i stort ökar – och inte som lagen var tänkt, minskar skadorna och nyrekryteringen. Ett exempel är att många inte ringer **112** vid överdos då man vet att Polisen så gott som alltid kommer – ett beteende som i värsta fall leder till död.

På flera ställen i betänkandet anges att bruk, problematiskt bruk och beroende är förknippat med starka skamkänslor och sociala stigmata (sid: 87) och att detta får negativa konsekvenser på ett antal områden, t ex benägenhet att söka vård, att vissa typer av forskning är svår att genomföra (:267), underrapportering av problematiskt bruk eller beroende i sjukintyg (:363), etc.

SBF är en preparatberoende organisation, därför gläds vi över att utredningen inte pekar ut någon specifikt preparat som mer problematiskt än andra. Genom att använda begrepp som riskbruk, missbruk/problematiskt bruk och beroende för alla typer av preparat ser SBF som ett steg i en positiv riktning – att synen på personer med beroende kan normaliseras. Utredningen konstaterar t ex på **sidan 163** att det i delar av socialtjänsten och sjukvården finns ett moraliserande förhållningssätt till problematiskt bruk och beroende, denna skrivning glädjer oss då det är ett problem SBF i 10 år försökt få gehör för. Detta gör att SBF:s medlemskollektiv får ett sämre bemötande än andra brukare och patientgrupper och att de har svårare att hävda sina rättigheter (:137, 185). Vidare att vissa kunskapsbaserade insatser inte tillämpas av ideologiska skäl (: 23, 114, 137, 203).



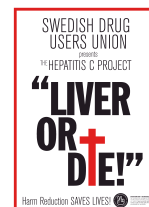
Det är positivt att utredningen inte bara har observerat dessa förhållanden utan även lämnar förslag (se kap 4) som kan motverka att personer med bruk, problematiskt bruk eller beroende dessutom kan drabbas av omgivningens fördömande.

Utredningen beskriver också att det existerar en otydlig ansvarsfördelning mellan socialtjänsten och sjukvården vilket utgör ett stort hinder för narkotikaanvändare att få tillgång till adekvat stöd och behandling. Endast fem procent anger att de vill söka hjälp hos socialtjänsten (:21). För personer som använder narkotika innebär det att det skulle vara moraliskt oförsvarbart att kriminalisera ett sjukdomstillstånd. Att vara patient i stället för ett socialt problem skulle också kunna innebära att det blir lättare att utkräva sina rättigheter som patient. Det finns dock även problem med detta synsätt då vi inom SBF även ser problem med att sjukvården får mer makt. Det existerar allt för mycket av moraliska övertoner även inom narkomanvården, främst kanske inom delar av substitutionsbehandling – där existerar lokala regler som inte bygger på medicinsk eller vetenskaplig grund, en läkare ska inte ställa krav på "social skötsamhet" för vem vet vad som är korrekt, en frikyrklig läkare har sin syn på frågan, vilket existerar i Sverige.

Som utredningen anger "...etiologin av missbruk eller beroende är multifaktoriell i den mening att bruk och beroende kan orsakas av såväl biologiska, psykologiska som sociala faktorer" (:134). Det är dock oklart i utredningen hur detta perspektiv kommer att påverka behandling och stöd.

I detta sammanhang behöver ett annat centralt begrepp i utredningen lyftas fram, nämligen "kunskapsbaserade insatser". Med detta menas att (:203) "...de olika behandlings- och stödinsatser som erbjuds ska ingå i en kunskapsbaserad praktik som kombinerar evidens om insatsers effekt och effektivitet, de professionellas erfarenheter och sist brukarens preferenser". Vid läsning av utredningen framstår dock evidensen och ett medicinskt sjukdomsperspektiv som styrande för utbudet av behandlings- och stödinsatser. När det gäller den tredje komponenten, brukarens kunskap och preferenser, ägnar utredningen ett (kort) avsnitt (4.4) åt brukarinflytande. Här föreslås att kraven på brukarinflytande i narkoman- och beroendevården ska regleras genom lagstiftning. Detta är självklart mycket positivt men vi kan också se vissa problem. Vi återkommer till dessa.

En annan viktig princip gäller hälso- och sjukvårdens uppgift att bota och när detta inte är möjligt, lindra och minimera skador och andra obehag och sist alltid trösta (:231). Utredningen anser att för de som inte (ännu) är motiverade till en behandling, ska skadebegränsande insatser erbjudas, inte bara inom hälso- och sjukvården utan även inom socialtjänsten (sid: 134, 141, 165, 276) **vilket sbf till fullo stödjer.**



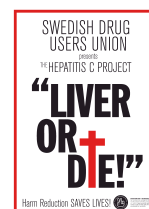
Detta är ett rimligt och behövt avsteg från den ensidiga inriktning på absolut drogfrihet som det enda godtagbara målet eller som villkor för att få ta del av insatser som har varit förhärskande under många decennier i Sverige. SBF hoppas att förslaget gällande Harm reduction insatser inte avvisas med ideologiska argument av typen "ett narkotikafritt samhälle". Något många aktörer, politiker och andra alltid glömmer är faktumet att det ofta passerar ett stort antal år innan en människa med ett bruk av narkotika känner sig mogen att söka hjälp, antingen hos socialtjänsten eller narkomanvården. Oavsett vad samhället erbjuder för hjälp så går brukaren inte till narkomanvården eller till socialtjänsten samma dag sprutan sattes i armen eller dagen då första pipan tändes och ber om hjälp! Det är för dessa människor mycket av harm reduction insatserna ska riktas emot. Det är både för individ och samhället bättre att brukaren är fri från dödliga sjukdommar dagen man känner sig mogen för hjälp. Ett motargument man då ofta hör är; bara vården blir bättre. Tyvärr är det en dröm, vad är det för vård man ser sig ska komma?

SBF tillstyrker utredningens beskrivning om att harm reduction åtgärder är ett outnyttjat område i Sverige.

Kap 2 Tidig upptäckt och intervention

Utredningen skissar en mörk bild av missbrukssituationen där vården inte möter behov. Insatser för att tidigt identifiera och intervensera riskbruk, missbruk och beroende är framförallt inom socialtjänsten begränsade (:84). Tidig identifikation (AUDIT, DUDIT, urin- och blodprov) och kort intervention (kort rådgivning som i första hand syftar till att hindra att ett riskbruk utvecklas till ett mer etablerat problematiskt bruk eller beroende: (83) har enligt utredningen visat sig effektivt. Detta kan tolkas som ett erkännande av att inte all illegal användning av narkotika är ett problematiskt bruk, utan att det förekommer riskbruk. Utredningen nämner inte bruk, förmodligen för att detta inte behöver vara problematiskt. Tidigt upptäckt och intervention är en uppgift för en rad människobehandlande organisationer (socialtjänsten, hälso- och sjukvården, elevvården, företagshälsovården, studenthälsovården). Målet är alltså att tidigt upptäcka och erbjuda hjälp till personer med ett riskbruk.

Målet kan vid en första anblick verka behjärtansvärt men det väcker också farhågor. När det gäller personer med ett riskbruk, missbruk eller beroende av narkotika har sedan början av 1980-talet polisen spelat en dominerande roll vid upptäckten av bruk av narkotika, som i Sverige är ett narkotikabrott. Ett viktigt instrument är urin- och blodprover. År 2009 lämnade polisen in 34 600 urinprover för analys.

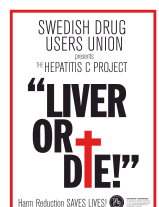


Denna typ av insatser riktar sig såväl till ungdomar (som när de är minderåriga lämnas till socialtjänsten) som äldre redan kända brukare av narkotika. Utredningen utvecklar inte de negativa konsekvenser av kriminaliseringen av narkotika för brukaren och vården men det borde vara angeläget att ta upp frågan i behandlingen av utredningens betänkande. Kriminalisering motiveras vanligtvis med att det möjliggör ett tidigt ingripande som kan förhindra att ett bruk utvecklas till problematiskt bruk. Vi ifrågasätter om detta verkligen är en uppgift för polisen men om lagstiftaren anser detta, är det viktigt att samma principer gäller som för andra viktiga aktörer som är verksamma inom området.

Ett faktum som inte skapar något gott är att polisen ständigt tar in kända brukare för urinprover, det som sker är att den enskilde endast drar på sig ytterligare skulder hos kronofogden vilket inte gynnar den enskildes möjligheter att en dag ta sig tillbaka in i samhället. Allt för många brukare som slutat sitter i en skuldfälla som många inte kan ta sig ur. Hur kan samhället då försvara att polisen fortsätter att gripa redan utsatta och stigmatiserad människor – handlar det enbart om statistik för polisen! Här önskar SBF se en utredning – vad är nyttan.

Enligt utredningen är oförmågan att kunna hantera bruk av alkohol eller andra droger fortfarande belagt med starka skamkänslor och socialt stigmata och därför ska "varje ansats till att identifiera och uppmärksamma den enskilde på förekomst av problem, åtföljas av ett erbjudande om hjälp" (:87). Hjälpen i form av en kort intervention ska ges i direkt samband med upptäckten. Om den verksamhet som identifierar problem måste hänvisa till en annan verksamhet minskar möjligheter till en framgångsrik problemhantering. Vi föreslår att samma logik ska gälla för polisens verksamhet när det gäller deras arbete med att upptäcka narkotikaanvändande.

Utredningen föreslår också att kommunen ska ha en skyldighet att upprätta program för tidig identifikation och kort intervention vid riskbruk. En skyldighet som gäller det sociala arbetets alla delar men i synnerhet det som riktar sig till barn och ungdomar. Det betonas att den enskildes samtycke är en förutsättning för frågor om alkohol- och drogkonsumtion och eventuell uppföljning eller kort rådgivning (:95). **Samtidigt anges explicit (:184) att socialtjänsten inte ska villkora psykosociala insatser med att personen ska genomgå behandling.** Det är vår absoluta övertygelse att detsamma borde gälla för upptäckt och kort intervention vid riskbruk. Vi anser vidare att inga hjälpinsatser ska villkoras så länge som det finns ett konsumtionsförbud en kriminalisering. För SBF är det obegripligt – att ifall en "kriminell" person vill lämna det kriminella livet och ber om hjälp så bör det vara villkorslöst.



När det gäller utredningens förslag att göra en uppdelning mellan psykosocialt stöd (socialtjänsten) och psykosocial och annan behandling är vi i grunden positiva eftersom kommun och landsting ska ingå avtal som reglerar arbetsfördelningen. I den mån kommunen och andra aktörer bedriver behandling kan dessa (som vi uppfattar det) fortsätta med det om behandlingen omfattas av avtalet och verksamheten är auktoriserat. Kravet på auktorisation för att få tillstånd att bedriva behandling gäller såväl offentlig som privat verksamhet. Något vi anser är logiskt och positivt

Förslaget Tillstyrks.

Kap 3 Tydligare ansvar för effektiv vård

Svenska Brukarföreningen - narkotikaanvändarnas intresseorganisation - vill främst se Landstinget som huvudman för beroendevården, utifrån SBF:s normaliseringsprincip.

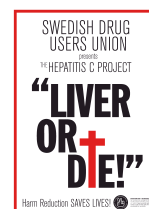
Varför?

Det motverkar stigmatisering och jämställer patientgruppen "beroendeproblematiker" med andra patientgrupper. Det självklara svaret är att vi, liksom alla andra patienter, hellre söker sjukvård/rehabilitering/habilitering hos hälso- och sjukvården (Landstinget) än hos socialtjänsten. Vi vill poängtera kravet på evidens som styr hälso- och sjukvårdens, men inte socialtjänstens, arbete. Att identifiera beroendetillstånd, en psykiatrisk diagnos enligt *DSM IV*, och särskilja det från eventuella sekundära tillstånd kräver en medicinskt fackkunnig vilket är ytterligare ett argument för att huvudansvaret ska ligga hos landstinget. Individens sociala och ekonomiska behov är mer uppenbara och insatserna härvidlag ska skötas av fackkunnig på socialt arbete – alltså kommunen.

3.4 Abstinensvård

Rimligtvis borde det finnas ett medicinskt incitament för att läggas in på en dyr avgiftningsplats. Så är idag inte alltid fallet. Patienter som behöver långa nedtrappningar vägras annat än kortare inläggning medan andra, utan något som helst medicinskt behov av avgiftning kan läggas in för att svara upp mot utomstående aktörers behov (behandlingshem, boenden etc). Vi kommer här ge några exempel från Stockholm, i texten som följer;

- Den som är beroende av amfetamin/heroin eller annan illegal narkotika gör sig icke besvär att söka någon av de få avgiftningsplatser värda namnet, som fortfarande finns om man behöver hjälp för ett bensodiazepinberoende. Det som erbjuds är 1-2 v avgiftning; patienten hinner bli ren i urinproverna, men det är då den egentliga abstinensen börjar!



- Idag accepterar sjukvården att patienterna drabbas av ep-anfall och i värsta fall delirium tremens, ett livshotande tillstånd. Nedrustningen är närmast total på detta område. Tidigare erbjöds patienten individuell nedtrappning. Man mätte puls och blodtryck och utgick från dessa värden då man trappade ut preparatet. Hur fort det går är individuellt.

Det fick ta den tid det tog, huvudfokus låg på att patientens puls och blodtryck aldrig skulle tillåtas stiga över ett maxvärde på då detta signalerade risk för epileptiska anfall och delirium tremens. Idag tar man inga sådana hänsyn, utan patienter skrivs ut medan de fortfarande är inne i en akut abstinensfas.

- En person som rökt cannabis (utan något som helst medicinskt behov av avgiftning) läggs in då hans boende kräver det (drevs i AB-form av en sk klientorganisation).

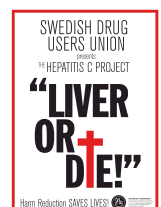
Här skulle det räckt med att kontrollera sjunkande nivå av tetrahydrocannabinol i blodet för att konstatera den avhållsamhet från cannabis som efterfrågas. Här kan man tydligt se att det är andra aktörers behov som tillgodoses; i detta fall boendets.

Vi återkommer till situationen för dem som inte klarar "nollvisionen" under rubrik **3.5 Behandling**. Det är också kutym att patienter på väg in i underhållsbehandling för opiatberoende måste genomgå avgiftning ofta på sjukhus innan de ställs in på sin underhållsmedicin. Denna avgiftning kan med fördel skötas parallellt med inställning på metadon eller på Buprenorfin, polikliniskt och av patienten (**Se 3 G studien/Kakko, Heilig och Grönblad**) och därmed kan kostsamma avgiftningsplatser frigöras och fram för allt onödigt personligt lidande undvikas genom att patienten inte tvingas in i ett abstinensstillstånd då preparateffekterna så att säga överlappar varandra. Att halterna av de otillåtna substanserna sjunker, övervakas enkelt med urinprov.

3.5 Behandling

Svenska Brukarföreningen vill understryka att det finns en övertro på vård och behandling. Andra faktorer glöms ofta bort. Många av de försvårande omständigheter som hindrar narkotika användare att skapa sig goda liv är av social karaktär; inbyggda i vårt samhälle och skapade av människor. Arbetslöshet, attityder, låg/obefintlig yrkesutbildning är exempel på viktiga faktorer som inte nås med behandling.

- Vi ifrågasätter även det snäva synsätt som denna övertro ofta bottnar i. Man verkar anse att en absolut nollvision, avseende den enskildes narkotikabruk, är så värdefullt att det går före alla andra mål. Vi protesterar mot den synen på vårt medlemskollektiv.

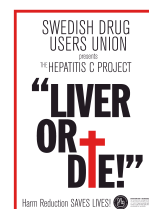


Att var och en kan skapa sig ett gott liv, där det är den enskilde som avgör vad "gott liv" innebär, borde vara det som styr insatserna på området. Inte "drogfrihet" till varje pris.

Att stirra sig blind på drogfrihet som enda acceptabla resultat skapar i motsats till det man avser - skador, lidande och ytterst död hos SBF:s medlemmar enligt följande exempel;

- Individer exkluderas från medicinska insatser (till exempel underhållsbehandling och interferon vid c-hepatit), med konsekvensen cirrhos/levercancer hos 40% av dem som ej genomgått hepatit c behandling. Denna siffra stiger över tid. Förlust av bostad –utan att individen ifråga varit störande eller misskött hyresinbetalningar- enbart på grund av att kännedom om narkotikaanvändandet nått boendeanordnaren. Personer utan stigmat "knarkare" däremot, kan göra vad de vill, till dess att de stör eller på annat sätt trampar över gränsen.
- Om man såg på oss med samma ögon som man använder då man beskådar er andra vore det inte på det viset. Då skulle man anse att 29 drogfria dagar i månaden är ett gott resultat och inte stirra sig blinda på den enda dagen då vi snubblade. Man skulle förstå, att då man, i "konsekvensens" namn, bestraffar misslyckanden med indragning av till exempel bostäder, försörjningsstöd och behandlingsplatser så försvårar man för personen ifråga att "komma igen".
- Man skulle också förstå att för många är total drogfrihet inte ett mål som kommer att uppnås; och att dessa människor också har rätt till service och att leva drägligt.
- Svenska Brukarföreningen - brukarnas intresseorganisation- vill se Landstinget som huvudansvarig för den initiala utredningen, beroendevården och behandling.

Det **motverkar stigmatisering** och **jämställer** patientgruppen som har beroendediagnoser med andra patientgrupper. Det självklara svaret är att vi, liksom en överväldigande majoritet av medborgarna, hellre söker vård hos sjukvården än hos socialtjänsten. Att behöva gå till "soc" ökar stigmat hos SBFs medlemskollektiv. Då beroendediagnoserna, enl DSM IV, sorterar under psykiatrin är det inkonsekvent att vi hänvisas till Socialtjänsten. Vi vet från det dagliga arbetet (i våra lokalföreningar) bland hjälpsökande brukare, att många tvekar och en del avstår helt, från att söka hjälp för sin beroendeproblematik då de förstår att socialtjänsten sannolikt kommer att kopplas in (ÄVEN om den hjälp individen söker är rent medicinsk, som avgiftning eller substitutbehandling).



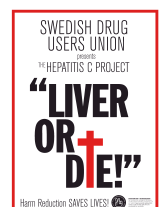
Idag utgår man slentrianmässigt ifrån att narkotikaanvändare alltid har stora sociala problem – själva narkotikaanvändandet brukar klassas som det- men så är det inte alltid! Vi är en heterogen grupp, och det är en minoritet av narkotikaanvändarna som utvecklar ett beroende av den digniteten att socialtjänstens insatser är nödvändiga.

SBF föreslår att hjälpen ska sökas hos Landstinget som utreder och vid behov remitterar brukaren till Socialtjänsten för kompletterande insatser avseende boende, sysselsättning, psykosocialt stöd med mera; det vill säga samma förfarande som man använder vid andra tillstånd. Efter en stroke remitteras man till sjukgymnast, överviktiga remitteras till dietist, exemplen kan mångfaldigas. Huvudmannen ska ju inte ombesörja alla insatser själv!

Evidenskrav. Till skillnad från kommunens socialtjänst är sjukvården ålagd att arbeta evidensbaserat; det man gör ska ha stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialtjänsten däremot, kan använda sig av metoder på modet och i värsta fall kräva av hjälpsökande brukare i behov av både beroendevårdsinsatser och försörjningsstöd att denne ska underkasta sig en "behandling" som socialsekreteraren "tror på" om han ska ha en chans att få försörjningsstöd. Till exempel har narkomaner, av socialtjänsten, skickats på abstinensbehandling hos Scientologerna/Narconon, som med hjälp av bastu, vätskedrivande preparat och Scientologkyrkans beteendelära ordnar klienternas drogfrihet.

Göteborgs socialarbetare gick för ett par år sedan ut i media med ett upprop MOT underhållsbehandling vid opiatberoende; Metadon vid opiatberoende är en av de mest studerade metoderna någonsin, och resultaten är i stort sett samstämmiga; En livräddande behandling som har resultat som ingen annan metod avsedd för opiatberoende kommer i närheten av! Men Göteborgs socialarbetare "trodde inte på den" och man kan anta att det kostade några av Göteborgs narkomaner livet.

- Vi presumtiva beroendevårdspatienter har också rätt att känna tryggheten som kommer sig av att den som ska bedöma våra behov ger förslag som bottnar i kunskap och på att symptom på beroende kan uppfattas och särskiljas. Att identifiera nämnda tillstånd kräver en fackkunig; sociala behov är mer uppenbara, varför detta också talar för att huvud ansvaret ska ligga hos landstinget.
- **Hög grad av samsjuklighet.** Gruppen narkotikaberoende uppvisar en högre förekomst av psykiatriska diagnoser som depression, ångest, psykos, t ex samt neuropsykiatriska funktionshinder (ADHD, ADD mfl) än gemene man.



Alltså behöver den vi möter ha kunskaper i psykiatri och neurologi ohälsa kräver en fackkunnig vilket är ytterligare ett argument för att huvudansvaret ska ligga hos landstinget. Individens sociala och ekonomiska behov är mer uppenbara och insatserna härvidlag ska skötas av fackkunnig på socialt arbete – alltså kommunen.

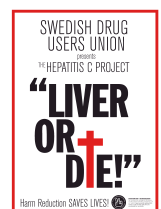
3.10.1 Sekretessbrytande regler

Svenska Brukarföreningen är intresseorganisation för patienter i underhållsbehandling för opiatberoende. Denna patientgrupp avkrävs slentrianmässigt att avsäga sig sekretessen mellan sin behandlande klinik och: Socialtjänst, polis, åklagare, arbetsförmedling samt försäkringskassa.

Många mottagningar har en centralt utformad blankett för detta ändamål. Detta sker alltid vid behandlingsstarten, då man som regel är så lycklig och upprymd över att äntligen ha fått hjälp att man i princip accepterar vad som helst för att inte äventyra sin plats i programmet. Majoriteten uppfattar det som ett villkor för att få underhållsbehandling. Sedan märker man ingenting, förrän den dagen då mottagningen tar en kontakt, utan patientens medgivande, med t ex åklagare. Och då är det försent att ångra sin signatur på ett dokument som de allra flesta vid det laget glömt bort existensen av. Vi kräver att detta slentrianmässiga förfarande upphör.

Att avstå sekretess kan aldrig vara ett villkor för behandling och måste alltid vara frivilligt, och det borde vara vårdens absoluta skyldighet att försäkra sig om att patienten begriper det.

Dessutom borde man upprepa denna info regelbundet, kanske 1 ggn/kvartalet då patienten gått med på sekretesseftergift för att försäkra sig om att det fortfarande är i enlighet med patientens vilja. Vi ifrågasätter kraftigt att det ska förekomma dylika eftergifter mellan sjukvården och annan instans än socialtjänsten! Vuxna myndiga människor ska tillfrågas innan information om dem delas med deras arbetsförmedlare, polismyndighet eller åklagare! Vi vet att det förekommer regelmässiga samarbeten mellan mottagningar och ortens polismyndighet där man byter och delar info om patienter i behandling. Detta har ibland lett till att våra medlemmar trakasserats av polisen (som i vissa fall tvingat sig in i patientens hem för att kontrollera att patienten har rätt antal förskrivna doser hemma). Det har möjliggjorts då polisen fått sekretessbelagd information om deltagande i behandling. Detta är extra allvarligt, då sekretesslagstiftningen tillkom för att skydda den enskilde från just sådana situationer!eftersom det var just sådant sekretesslagstiftningen kom till för att förhindra.

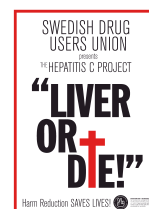


3.10.4 Dokumentation och journalföring

Svenska Brukarföreningen kräver att **KONSEKVENSBEDÖMNING** blir ett obligatoriskt journaldokument vid allvarliga åtgärder som vidtas emot patientens uttryckliga vilja , alternativt nekade trots patientens uttryckliga önskemål, av beroendevården. Som exempel kan nämnas ofrivillig utskrivning ur substitutionsprogram för opiatberoende, nekade avgiftningsplatser m m. Detta för att garantera att även dylika insatser vilar på evidens och beprövad erfarenhet. En konsekvensbedömning bör innehålla följande skattningar;

1. Vad sker med patientens drogkonsumtion? Återfall? Livsfarligt blandbruk?
2. Vad sker med patientens sociala situation?
3. Är t ex boendet knutet till fungerande behandling? Blir patienten i praktiken hemlös om åtgärden iscensätts?
4. Arbete/försörjning; Hur påverkas patientens möjlighet att sköta sitt arbete om sådant finns. Får patienten indraget försörjningsstöd? (Sker ofta vid misslyckanden och då drogfrihetskrav inte uppfylls)? Försätts patienten i en situation där prostitution eller kriminalitet är de enda utvägarna?
5. Familjesituation; har patienten barn? Vad händer med hans/hennes möjligheter att sköta sitt föräldraskap? Hur påverkas barnets situation? Hur svarar åtgärden upp mot Barnkonventionen.
6. Somatisk och psykisk hälsa; har patienten någon av de blodburna infektionerna HIV eller hepatit c? Hur påverkas i så fall hans/hennes möjlighet att sköta en ev bromsmedicinering vid HIV, eller att söka och sköta en interferonbehandling vid hepatit c? Försätter man i praktiken patienten i en situation som på sikt faktiskt är livshotande?
7. Hur ser patientens psykiska status ut? Vad kan förväntas hända efter en iscensatt åtgärd?

Man ska väga konsekvensbedömningens slutsatser mot att man avstår från åtgärden man avser att vidta, allt beviljar det man avser att avslå. Därefter görs en bedömning; vilket alternativ svarar bäst mot sjukvårdens uppdrag – att rädda liv och hälsa.



4.2.1 Motivation, en framgångsfaktor - 4.2.3 Bristande tillgänglighet

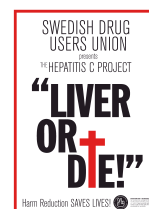
Vi har dubbla rubriker på nedanstående stycke eftersom vi anser att det i grund och botten handlar om samma sak; Utan tillfredställande tillgänglighet överlever inte motivationen – den är verkligen en *färskvara*!

- De omständiga ansökningsförfaranden som föregår de flesta insatser från beroendevården gör att de med den mest komplicerade situationen, de mest utsatta, ofta inte når "ända fram" och därför i praktiken exkluderas. Bor man i en trappuppgång och inte vet på kvällen om man är sjuk i abstinens nästa dag så är det svårt att fullfölja ansökningsförfaranden som omfattar återbesök med fasta tider, urinprov flera gånger i veckan samt kontakter med sjukvård och socialtjänst – innan vårdinsatsen kommer till stånd. Om man adderar mobiltelefoner man inte har råd att tanka på, eller blivit tvungen att sälja för att ha råd med morgonens narkotikados, telefontider, telefonköer så förstår man att det är ett stort bortfall av behövande redan i ansökningsfasen. Svenska Brukarföreningen vill att man gör en översyn av ansökningsförfarandet till beroendevårdens insatser.
- Vi föreslår att man tar in patienter interimistiskt, t ex i substitutionsbehandling och till avgiftningar. En sedan tidigare känd person ska inte behöva vänta på en social utredning för att komma ifråga för metadon/buprenorfin bara för att formalian så ser ut, utan behandling ska kunna inledas direkt, då en läkare konstaterat behovet. Om man tar med i beräkningen att varje dag i en aktiv heroinists liv, är en dag då denne riskerar både liv och frihet förstår man hur nödvändigt ett snabbt intagningsförfarande är, både ur motivations- och patientsäkerhetsynpunkt. Svenska Brukarföreningen föreslår att man börjar diskutera huruvida ett heroinbruk bör definieras som det akuta och livshotande tillstånd det faktiskt är. (Överdödlighet förhöjd 67 gånger jämfört med gemene man; källa Markus Heilig).

4.3 Bra bemötande

Att patienter i beroendevården – likväl som andra grupper- bör få ett bra bemötande känns överflödigt att påpeka. Vi vill peka på något som våra medlemmar anser vara en av de viktigaste frågorna, nämligen vikten av att kunna lita på sina behandlare.

Brukarföreningen har intervjuat 357 patienter i underhållsbehandling, och som en röd tråd i de intervjuades kommentarer löper frustration och besvikelse över att inte kunna säga som det är, av rädsla för bestraffningar.



Förtroendet för behandlarna finns inte och då reduceras de till några som delar ut medicin och tar emot prover och som man ska göra allt för att hålla utanför sina misslyckanden. Det säger sig själv att den kontakten inte är fruktbar. Det har med personalens dubbla funktioner att göra; de ska var kontaktpersoner, ge stöd, hjälp och råd, men ber man om hjälp och berättar om till exempel sidobruk riskerar man att slängas ut från behandlingen. Det är en omöjlig ekvation. Naturligtvis prioriterar våra medlemmar sina platser i programmet!

På samma sätt förekommer situationer där den som ska vara patientens stöd istället blir övervakare eller kontrollant – boendestödjare i Socialtjänsten t ex – och vi vill peka på att man genom att ålägga personal dessa kontrollerande och bestraffande funktioner skapar patienter som lär sig vad man ska tåla om och vad man ska berätta.

Är behovet av insatsen tillräckligt viktig så prioriterar man det som säkerställer fortsatt insats, man blir en "proffspatient" som lärt sig att hålla tyst och att fuska sig runt kontroller. Detta är den absoluta motsatsen till förtroende.

Utredningen talar i sitt förslag om olika nivåer av bemötande; individnivå, personnivå etcetera; Svenska Brukarföreningen kräver att man i beroendevården- på alla nivåer möter patienterna med ett förhållningssätt baserat på **Harm Reduction**; det vill säga vanlig sjukvårdsetik!

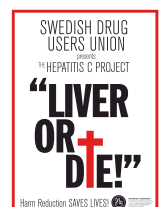
Harm reduction är ett icke moralistiskt sätt att förhålla sig till patienten. Man utgår ifrån den enskildes situation och söker i samförstånd se vägar att förbättra den.

Är man injektionsnarkoman, som inte kan eller vill sluta, så söker man minimera skadorna av injicerandet; man ser över sticksår, kontrollerar levervården och erbjuder smittskyddsåtgärder som möjlighet till sprutbyte. Man ACCEPTERAR att det finns individer som lever med ett beroende hela livet.

Följande rader ur Hippokrates ed ÄR Harm Reduction; "Bota om det går; Alltid lindra, alltid trösta, följande hederns och människokärlekens bud!" Insatser baserade på patientens reella och självupplevda behov ska erbjudas.

En patient som inte vill leva i absolut drogfrihet ska inte ställas utanför vissa åtgärder (som idag är fallet vid t ex Interferon mot hepatit c samt behandling med centralstimulerande preparat vid neuropsykiatriska funktionshinder som ADHD)

Den dagen då personal på alla nivåer inom beroendevården avstår från att bedöma sina patienters situation genom den egna moralens värderande filter och i stället accepterar att patienten är chef över sitt eget liv, vore större delen av segern vunnen!



Kap 4 Stärkt ställning för individen

4.4 Förstärkt brukarinflytande

Utredningen vill stärka den enskildas inom narkoman- och beroendevård. Det konstateras att åtgärder som vidtagits för att stärka den enskildes ställning inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården "hittills endast i begränsad utsträckning kommit personer med problematiskt bruk eller beroende till del" (sid:163).

Vårdgarantin som innebär att en planerad, specialiserad vård ska inledas inom 30 kalenderdagar är tänkt som ett sätt att förstärka individens ställning. Genom att införa ett valfrihetssystem där patienten kan välja annan vårdgivaren (offentlig eller privat) än den i landstinget om vårdgarantin inte följs ses också som ett sätt att öka patientens inflytande. Utredning utgår då från att dessa valmöjligheter också finns.

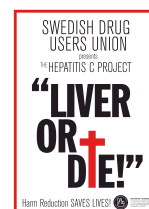
Förslaget tillstyrks.

Ett annat förslag som är tänkt att förstärka inflytandet för denna grupp är att lagstifta om att landsting och kommuner är skyldiga att samråda med brukarorganisationer och andra ideella organisationer (sid:105, 177). Brukarinflytande begränsas dock till att lämna synpunkter i en rådgivande roll, inte att ge brukare formellt inflytande eller beslutsamt. Här tycker vi att utredningen kunnat ta ett steg längre och ge brukare och brukarorganisationer formellt inflytande.

Det är svårt att se hur situationen som beskrivs på sidan 195 nämligen att brukarinflytande idag oftast handlar om information från verksamhetsansvariga kan ändras genom att lagstifta om en rådgivande roll för brukare och brukarorganisationer.

Ett problem är också att utredningen växelvis använder begrepp som, brukare, brukarorganisationer och organisationer som företräder människor som behöver narkoman- och beroendevårdens insatser (:193). Det borde anges kriterier för när en organisation kan anses företräda brukare. Det är t ex obegripligt hur en organisation som Riksförbundet för ett Narkotikafritt Samhälle och organisationer som säljer behandling och boende har hamnat i utredningens referensgrupp. Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle är en narkotikapolitisk lobbyförening och den företräder enbart en ideologisk hållning och företräder definitivt inte enskilda narkotikaanvändare.

För Svenska Brukarföreningen är detta en av de allra viktigaste frågorna: SBF sitter med i ett antal brukarråd och vi kan besviket konstatera att knappast ett enda gör skäl för namnet.



Kortfattat kan sägas att ett brukarråd är en mötesform där anordnare av, och användare av en specifik samhällsservice, exempelvis beroendevård, möts och förhandlar om formerna för denna service. Målet med brukarråd är att stärka användarnas/brukarnas inflytande över verksamheten. I dessa råd sitter idag som brukarrepresentanter: Frireligiösa föreningar, föreningar som säljer behandlingsplatser (som egentligen är en brukares motpart i dessa sammanhang), klientorganisationer som är allt annat än brukarstyrda men som utger sig för att ha ett socialpolitiskt engagemang. De enda tänkbara brukarrepresentanterna i ett brukarråd värt namnet är representanter från brukarstyrda organisationer, verksamma på det avsedda området

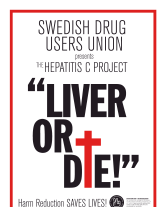
Definition av brukarförening se nedan.

Dagens situation kan liknas vid då man skulle uppgradera städarna genom att döpa om, dem till lokalvårdare. Då vi, genuina brukarföreningar, sitter med i brukarråden är vi i minoritet i den egna representationen. Allt detta sammantaget gör att brukarrepresentationen i praktiken är urholkad och inte alls vad den borde eller utger sig för att vara.

Vi anser att det borde finnas tvingande bestämmelser där man knyter finansiering av verksamheter till förekomsten av genuina brukarråd och samverkansformer mellan dem som använder en verksamhet (via deras intresseorganisationer) och dem som tillhandahåller den. För att det inte ska bli så att brukarna bara blir alibin; utan egentlig makt måste ekonomiska styrfunktioner knytas till brukarrådets förekomst och det måste utarbetas manualer där man reglerar vilka frågor brukarna har rösträtt i. Risken finns att brukarråden annars bara blir ett informationsutbyte.

VAD ÄR EN BRUKARFÖRENING? För att det ska bli en verklig förändring och ett reellt brukarinflytande är det absolut nödvändigt att man hittar definitioner på vad som är en brukarförening. Följande är av central betydelse: Föreningen ska ha stadgefast att bara brukare har rösträtt i de beslutande organen (styrelse och årsmöte).

Föreningen ska vara verksam på det område där den avsedda servicen är aktuell. Med brukare förstås i detta sammanhang dem som ingår i föreningens målgrupp; det vill säga de med egen erfarenhet av det område föreningen arbetar inom samt den service brukarrådet avser att utöva inflytande över.



Nationell ombudsman för personer med beroende och/eller problematiskt bruk av narkotika.

NARKO (narkotikaombudsmannen)

Förslaget tillstyrks men med tillägget att mot bakgrunden av beskrivningen att personer med ett bruk, beroende eller ett problematiskt bruk är en särskild utsatt grupp med låg status i samhället och inom vården och som har svårt att hävda sina rättigheter föreslås att en nationell ombudsman inrättas. Detta skulle innebära att individer inte är hänvisade till eller låta sig företrädas av en organisation utan kan vända sig till en statlig myndighet, en ombudsman för att hävda sina rättigheter och få problematiska förhållanden inom socialtjänst, polis, kriminalvård och narkomanvården eller annorstädes belyst.

5 Vårdens innehåll

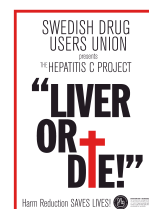
5.2 Nya former av missbruk, nya vårdbehov

Idag ser man sällan personer som bara använder en typ av narkotika. Opiater och amfetamin blandas med bensodiazepiner och cannabis. Narkotikaklassade läkemedel; Buprenorfin och metadon används även illegalt som substitut för opiatier eller som förstahandsval.

Ovanstående slår inte igenom i beroendevårdens insatser; Den som är beroende av amfetamin/heroin eller annan illegal narkotika gör sig icke besvär att söka någon av de få avgiftningsplatser värda namnet, som fortfarande finns om man behöver hjälp för ett bensodiazepinberoende; se abstinensvård 3.4.

För dem som har ett beroende där buprenorfin och/eller metadon är huvuddrog finns en annan, lika katastrofal, begränsning. Denna grupp är exkluderad från underhållsbehandling med preparaten.

Motiveringen, enligt Socialstyrelsen, är att "vi ger inte läkemedel till läkemedelsmissbrukare". Det är en motivation som inte har sin grund i medicinsk vetenskap utan i moralism. Vi har hört det argumentet förut. Det var inte länge sedan man sade "vi ger inte knark till knarkare" då handlade det om metadon.



5.3 Andra särskilda målgrupper

5.3.2 Barn i familjer med missbruksproblem

Man kan inte utgå ifrån att barn i familjer där någon av föräldrarna använder narkotika automatiskt far illa; situationen växlar från familj till familj. Idag är narkotika användande vuxna med hemmavarande barn ofta mycket rädda för att socialtjänsten ska få kännedom om förhållandena. Även narkotikaanvändare älskar sina barn, och vill deras bästa. Man upplever för det mesta inte socialtjänstens uppmärksamhet som en möjlighet till stöd och hjälp, utan som hot om ett eventuellt omhändertagande. Svenska Brukarföreningen vill att kommunerna ska erbjuda dessa familjer ovillkorad hjälp, gärna i form av stödfamilj eller stödperson, och i möjligaste mån invänta att familjen själv tar initiativ till den erbjudna hjälpen. Att lotsa dessa föräldrar och barn till föreningar och självhjälpsgrupper där det finns kompetens i form av egen erfarenhet är att föredra framför myndighetsingripande, då familjerna kan identifiera sig med, och känna sig trygga hos personer som själva befunnit sig i samma situation. Välkomnande erbjudanden utan inslag av hot är absolut nödvändiga om man vill nå fram till familjen.

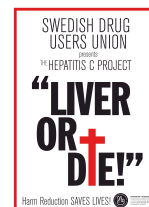
Barn tar stor skada av att separera från föräldrarna, och ju längre separation, desto svårare att återförening familjen. I familjer där föräldrars bruk innebär en verklig risk för barnets väl bör snabba, individuellt anpassade hjälpinsatser komma till stånd; t ex förtur för föräldrar till substitutionsbehandling. Fokus bör ligga på de problem familjen har – inte föräldrars bruk. Insatser ska baseras på i första hand barnets behov; alla barn behöver sina föräldrar även om de inte är perfekta!

Kommunen ska, i samarbete med landstinget, ansvara för att familjer i denna situation får hjälp så att de i görligaste mån slipper separera föräldrar och barn från varandra.

5.3.3 Gravida kvinnor

Det är av största vikt att man undviker situationer där gravida kvinnor med beroendeproblematik inte vågar söka hjälp; en lagstiftning som medger tvångsringripanden för denna grupp har motsatt effekt än den avsedda. Vi i SBF har sett det i praktiken, vid många tillfällen. Istället bör man göra hjälpinsatserna så lockande som möjligt; förtur till underhållsbehandling för kvinnor med opiatberoende.

Speciella mödravårdscentraler för gravida brukare så de slipper känna sig uttittade och bedömda av övriga besökare. Drop in tider så att även de med en kaotisk livssituation kan finna en möjlighet att söka hjälp.



Barnmorskor med specialintresse för just denna typ av vård, och möjlighet för den blivande mamman att själv få välja sin barnmorska. En mödravård som fokuserar på den lyckliga tillblivelsen istället för mammans problem. Det som får den blivande mamman att trivas hos sin mödravårdscentral och med sin barnmorska är bra för barnet.

Vi vill också peka på den stora resurs föreningar som organiserar dem med egen erfarenhet utgör! Dessa borde kunna vara en tillgång, både för landsting, kommuner och den enskilde. För de gravida kvinnorna med substitutionsbehandling metadon/buprenorfin och vid bruk av narkotika kan speciella stödgrupper anordnas där de får vara anonyma och prata fritt utan att informationen lämnas vidare till myndighet. Ombud från dessa föreningar kan också fungera som stöd för den gravida kvinnan i möten med vårdpersonal inom hälso- och sjukvården, socialtjänst och kriminalvård.

Landstinget ska ha huvudansvaret för den blivande mamman och barnets hälsa.

Kap 5 Vårdens innehåll, boende och sysselsättning

5.5 Läkemedelsbehandling av beroende

5.5.2 Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

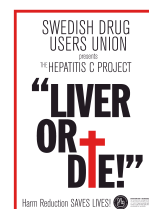
Svenska Brukarföreningen som representerar ett stort antal patienter i underhållsbehandling vid opiatberoende **instämmer i utredningens förslag enligt följande;**

Vår erfarenhet är att programformen, där alla ska passa in i en likartad medicinsk behandlingsmodell, är mycket olycklig. De med särskilda behov får inte dem tillgodosedda, och de som inte behöver mer än läkemedlet tvingas igenom åtgärder, mot sin vilja och till ingen nytta, för att få vara kvar i programmet.

Att i framtiden få bli patient hos en intresserad och specialutbildad husläkare låter som ett mycket lockande alternativ. Att använda primärvården gör substitutionsbehandling möjlig också utanför storstadsregionerna och då tillgängligheten ökar; ökar jämlikheten.

Svenska Brukarföreningen stödjer förslaget att underhållsbehandling vid opiatberoende ska kunna ges inom primärvården.

Idag samlas grupper av dem som inte klarar av att leva upp till programformens krav, i och runt beroendemottagningarna, under de det två-tre timmarnas dagligt öppethållande. Detta lockar langare utifrån och en drogmarknad har skapats.



Med andra ord exponeras de svagaste patienterna, de som är inne i återfall och de som har ett sidoberoende, för narkotikaaffärer varje dag, eftersom kliniken kräver dagliga besök av dem.

Om de istället har en egen kontakt med en husläkare så försvinner ansamlingen av presumtiva kunder – och därmed langarna.

Ingen ska kunna skrivas ut - om inte;

1. en konsekvensbedömning är gjord av ansvarig läkare
2. Behovet av behandlingen inte längre finns.
3. Patienten vill trappas/skrivas ut.

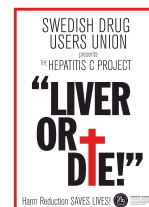
- Övriga utskrivningskriterier som används idag bör fortsättningsvis hanteras inom ramen för fortsatt behandling. Att patienter skrivs ut av så skilda skäl som kriminalitet, hotfullt uppträdande eller därför att man uppvisar symptom på det man söker hjälp för är djupt otillfredställande.

Inga andra sjukvårdspatienter får sina mediciner indragna vid begångna brott, eller vägras fortsatt livräddande behandling om de uppträder hotfullt. Man vidtar istället åtgärder, tillkallar väktare eller låter patienten byta mottagning. I de fall där patienten trots insatt underhållsbehandling fortfarande använder narkotika bör hjälpen intensifieras, i samråd med patienten; inte avbrytas.

Svenska Brukarföreningen kräver att man innan en utskrivning gör en **KONSEKVENSBEDÖMNING**, (se 3.10.4 Dokumentation och journalföring) det vill säga samma noggranna utredning som föregår insättandet av behandlingen ska även föregå utsättandet av den. Svenska Brukarföreningen menar att det är ett högst rimligt krav att en sådan dramatisk åtgärd som utskrivning ur substitutionsbehandling är grundad på evidens; Konsekvensbedömning är en metod att garantera det.

Vi kräver att:

- Socialstyrelsens föreskrifter ska innehålla en tvingande skrivning angående konsekvensbedömning vid utskrivning.
- Underhållsbehandling vid opiatberoende ska även kunna ges till opioidanvändare; dessa är idag exkluderade, utan att den medicinska evidensen finns.
- Åldersgränsen på 20 år ska tas bort. De hjälpsökande ska bedömas individuellt; ska inte en 18 åring som har injicerat heroin sedan han var 14 år få tillgång till



den idag enda evidensbaserade behandlingsmetoden, med bevisat resultat för heroinister? Djupt omoraliskt.

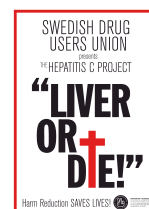
- Det absoluta kravet på ett års dokumentation ska tas bort; Det bör räcka med att den hjälpsökande intygar sitt behov av behandlingen. Ingen är villig att underkasta sig ofriheten som det i praktiken innebär att vara i underhållsbehandling om inte behovet finns! Dokumentationskravet utesluter den grupp som lyckats hålla sitt bruk hemligt, som fortfarande kan ha arbete och social förankring kvar. Det är inte logiskt att neka hjälpa dem som fortfarande har något kvar att rädda!
- **Spärrtider måste ovillkorligen bort!** Att patienter i behov av medicinsk hjälp fräntas den mot sin vilja är illa och i strid mot all sjukvårdsetik. Som om inte det räcker adderar man till detta en spärrtid på tre månader under vilken patienten i praktiken är portförbjuden inom substitutionsbehandlingen.
- Någon medicinsk evidens för åtgärden finns inte, däremot finns forskning som visar att dödligheten hos ofrivilligt utskrivna är förhöjd. Under de månader spärrtiden räcker hinner mycket hända. Bostäder går förlorade, familjeband bryts, anställningar avslutas och i värsta fall; liv går förlorade.

5.6 Sprutbytesverksamhet

Utredningen föreslår att sprututbytesverksamhet helt och hållit ska falla under hälso- och sjukvårdslagen. Det nuvarande kravet på kommunens samtyckande tas alltså bort (:243). Vidare ska tillgång till sprututbyte inte vara begränsad till de som är bosatta i landstinget utan vara tillgänglig för alla som vistas i landstinget. Utifrån sprututbytes funktion att förhindra spridning av smittosamma sjukdomar som HIV och Hepatiter är detta ett logiskt resonemang. Mindre logiskt är att åldersgränsen sänks från nuvarande 20 år till endast 18 år. Mindre logiskt för att med tanke på att enligt utredningen (sid: 245) en betydande andel debuterar i ett injicerande före 18 års ålder. Om nu, som utredningen skriver, skadebegränsande insatser bland ungdomar har störst potential- varför en åldersgräns?

Att injektionsnarkomaner idag inte ges möjlighet att skydda sig mot HIV och hepatit c smitta är skamligt! Det är mycket olyckligt att politiker i praktiken har möjlighet att detaljstyra vårdinsatser på det vis som blivit fallet med sprutbytesverksamhet.

Sprutbyten är smittskydd, varken mer eller mindre! Svenska Brukarföreningen anser att utredningens förslag att det ska vara tillräckligt med en ansökan från landstinget för att verksamhet ska kunna startas vore en välkommen förbättring, men inte tillräcklig!



Vi vill se olika varianter av denna verksamhet. Till exempel en mottagning där det finns kompetens i infektion- och beroendevård, där man - om man vill - även kan få annan hjälp än att byta sprutor. Dessa ska kompletteras med sprutbyten som inte är annat än just sprutbyten, för dem som inte vill ha mer kontakt än så.

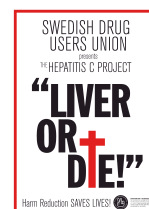
Vi kräver att alla åldersbegränsningar försvinner! Ska inte unga människor som redan injicerar få skydda sig mot smitta? Det är väl dem i första hand ska ge den möjligheten! Det strider mot Barnkonventionen som stipulerar att barn ska skyddas mot narkotika; SBF stödjer givetvis denna skrivning, men vill även värna de barn vi trots allt inte lyckas att skydda genom att ge dem möjlighet att skydda sig mot de blodburna, kroniska och dödliga infektioner som sprids via delade injektionsverktyg: HIV och hepatit B och C.

Vi önskar se att förbudet mot handel av sprutor tas bort så att det bland annat blir lättare för organisationer att tillhandahålla rena, sterila injektionsverktyg till dem som injicerar. Att apoteket ges rätt att sälja sprutor och kanyler så att de som inte vill hamna i sprutbytesjournalerna också ska kunna skydda sig mot smitta. I praktiken kan man redan handla dylikt via Internet, förutsatt man har ett betalkort.

Vi kräver att man INTE ska behöva styrka sitt att man injicerar för att få tillgång till sprutbytesservicen! Det är ett orimligt krav som exkluderar dem alla som befinner sig i början av ett intravenöst användande; dvs de som sannolikast inte smittats ännu av framför allt hepatit c! I början av ett bruk av narkotika håller man det hemligt och saknar alltså möjligheter att kunna styrka det. Sprutor och kanyler lockar bara injektionsnarkomaner. Övriga känner avsmak. Man kan lugnt utgå ifrån att den som vill ha del av sprutbytesservice tillhör målgruppen

6.2 Kunskap om missbrukssituationen

Utredningen skissar en kanske mörk bild av kunskapsläget om narkotikaanvändandet gällande riskbruk, problematiskt bruk eller beroende (:265). Det saknas en heltäckande bild. Regelbundna undersökningar omfattar endast en grupp i befolkningen eller omfattar framförallt alkohol inte andra psykoaktiva substanser. Detta gör att det inte finns en heltäckande bild av situationen och enligt utredningen är detta ett angeläget för politiska beslut angående inriktningen och dimensioneringen av såväl förebyggande som narkoman- och beroendevården. Det är enligt oss är viktigt att beakta att den typen av undersökningar som utredningar förespråkar visserligen kan leverera viktiga data men att de handlar om prevalensen av bruk och problematiskt bruk av en substans. Om man anser att psykosocialt stöd och behandling ska bidra till att minska förekomsten av problematiskt bruk (och när det gäller narkotika även bruk) blir prevalensundersökningar särskilt viktiga.



Vi tillstyrker förslaget att ge Socialstyrelsen i uppdrag att regelbundet göra en officiell bedömning av missbrukssituationen (6.2.2).

Ett annat förslag (6.2.4) om en fördjupad epidemiologisk studie av riskbruk, skadligt bruk och beroende genom standardiserade intervjuer kan ge värdefull kunskap. Ett frågetecken kan dock sättas vid att en sådan studie föreslås utgå från etablerade diagnoskriterier. Vi vill påpeka att det även här handlar om kvantifierbara data där individen vars situation utredningen vill stärka kommer att försvinna i materialet. Vi vill återigen påminna om utredningens utgångspunkt att problematiskt bruk och beroende kan orsakas av såväl biologiska, psykologiska som sociala faktorer” (:134). Vi har svårt att se hur en sådan undersökning med data på aggregerad nivå kan bidra till förebyggande insatser eller att förbättra vården om frågor kring detta inte ingår i undersökningen.

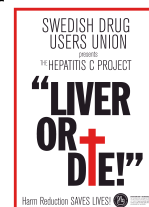
Förslaget tillstyrks med tillägget att kunskap om sociala faktorer borde vara minst lika viktiga som prevalens/incidens fokuserande undersökningar.

6.3 Förstärkt forskning och kunskapsspridning

SBF vill först säga att Ulleråkers substitutionsprogram är det självklara valet då det gäller ett kunskapscentrum. Den 40 åriga erfarenhet som Ulleråker besitter kan inte Örebro eller annan ort överhuvudtaget konkurrera om. Ulleråkers arbetsstätt stämmer till stora delar överens med SBF:s egna erfarenheter.

Utredningens utgångspunkt är att narkoman- och beroendevården ska vara kunskapsbaserad och att insatser ska vila på evidens om effekt och effektivitet. Vi vill uppmärksamma att utredningens definition av kunskapsbaserade insatser (:203) i detta stycke endast omfattar effekt och effektivitet. Professionellas erfarenheter och brukarens preferenser har antingen glömts bort eller så bekräftar detta våra farhågor att det är evidens/effektänkandet blir viktigast och att de två andra komponenter blir av mindre vikt. Vi vill återigen påminna om utredningens utsaga om att det finns multifaktiörelle orsaker till problematiskt bruk - eller beroende och därför borde forskningsinsatser riktas mot dessa områden. Vårt intryck är dock att de senaste årens forskningsanslag främst går till projekt som är evidenssökande.

Utredningen konstaterar (:273) att det finns brister när det gäller kunskapsbaserade insatser. Anledningen är att en sådan kunskap inte finns eller om den finns inte används. Förslaget att stärka forskning och kunskapsspridning tycker vi i princip är positivt liksom att inrätta tvärvetenskapliga forskningsinstitut som i samarbete med universitet kan ägna sig åt behandlingsforskning. Samtidigt är vi kritiska mot att förslaget är så snävt inriktad mot behandlingen. Effekt och effektivitet är ledorden. Även om rubriken är



Forskning och kunskapsspridning handlar stycket främst om forskning. Inte många tankar ägnas åt kunskapsspridning.

Det finns en omfattande samhällsvetenskaplig forskning som visar varför kunskaper inte används i människobehandlande organisationer. Den enda och väl så viktiga anledning som utredningen nämner är ideologiska skäl hos behandlaren. Det finns dock en mängd andra faktorer som borde tas på allvar för att en kunskapsbaserad praktik har någon chans att lyckas. Vi anser att

Vi tillstyrker utredningens förslag till en förstärkt forskning med reservationen att forskningsprogrammet som utredningen föreslår men som har ett som vi uppfattar det, smalt effektmätningssperspektiv, borde kompletteras med ett bredare samhällsvetenskapligt perspektiv.

6.3.2 Nationella forskarskolor – "brukarakademi"

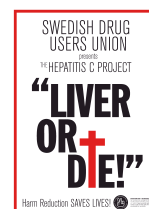
Gruppen forskare med inriktning på narkotika och behandling i bred bemärkelse (dvs. inklusive sociala/politiska dimensioner) håller på att åldras och det behövs yngre krafter. Antagningen av forskarstuderande inom samhällsvetenskapen har minskat betydligt under 2000-talet. Vi välkomnar därför utredningens förslag till två nationella forskarskolor men upprepar vad som anförts ovan angående forskning att den sociala/psykologiska dimensionen inte får glömmas bort och tillmäts lika stor vikt som en effektmätningssdimension.

6.4 Utbildning för högre kompetens

Utredningen drar slutsatsen att tillämpningen av en kunskapsbaserad praktik kräver speciell utbildning och kompetens hos personalen och att det finns allvarliga brister i denna fråga (: 285). Vidare att det idag saknas gemensamma grundläggande kompetenskrav för att arbeta inom narkoman- och beroendevården. Ett förhållande som enligt oss bekräftar en av utredningens slutsatser att denna målgrupp har låg status och få egentligen vill befatta sig med. Bergmark och, Oscarsson skrev redan 1990 att narkomanvården var ett "ett professionellt fält utan professionella" utan en "klar definierad, legitimerad profession med ansvar för området". Situationen har enligt utredningen inte förbättrats sedan dess. Det är därför glädjande att utredningen lägger stor vikt vid utbildningsfrågan.

6.4.1 Grundutbildning för baspersonal inom missbruks- och beroendevården

Utredningen föreslår ett kunskapslyft i form av två yrkesutbildningar varav en kort sex månaders utbildning som en tidsbegränsad insats för de redan arbetar i narkomanvården men saknar teoretiska kunskaper.



Den andra tvååriga utbildning, är en långsiktig kompetenshöjande insats för personal med i huvudsak omsorgs- och stöduppdrag på narkotikaområdet (:289).

Att inrätta två typer av kompetenshöjande utbildningar för personer som ska arbeta med omsorgs- och stöduppdrag inom narkoman- och beroendevården är säkerligen en angelägen sak. En sådan kunskapslyft speglar utredningens huvudspår med att göra en indelning mellan psykosocialt stöd och (psykosocial) behandling som två organisatoriskt separata enheter som ändå hänger samman eftersom en betydande andel av personer med ett problematiskt bruk- och beroendeproblematik även har en social problematik samt att för dessa ett framgångsrikt behandlingsresultat krävs psykosociala stödinsatser. För att nämna några exempel, en bostad, sysselsättning, ekonomisk försörjning, etc.

Vi delar utredningens uppfattning att även psykosocialt stöd kräver kunskap och utbildning. Förslaget tillstyrks.

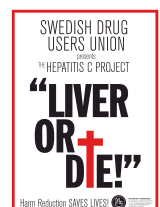
6.4.2 Grundutbildningar vid universitet och högskola

Enligt utredningen behövs det större inslag om narkotika- och beroende i grundutbildningar. Bland dessa socionomutbildningen. Som utredningen är inne på är dels universitet/högskola självständiga (:291) och dels är ett krav för Högskoleverket att socionomutbildningen ska vara en så kallat "generalistutbildning", dvs. studenten får inte låses in i en särskild inriktning (:289). På socionomutbildningen undervisas i narkotika- och beroende frågor på grundnivå och kan studenter önska en praktikplats inom området. Studenter med ett intresse kan också välja uppsatsämne som handlar om narkotika och beroendefrågor. På avancerad finns det en valbar fördjupningskurs "Socialt arbete med drogmissbrukare" 15hp. Vi anser att detta utbud ger tillräckligt med möjligheter för socionomstudenter att tillägna sig baskunskaper gällande narkotika- och beroendefrågor.

Förslaget avstyrks.

6.4.3 Yrkesspecifika specialistutbildningar

Utredningens förslag att genom statligt bidrag stimulera inrättandet av specialistutbildningar vid universitet och högskolor som har en grundutbildning tas tacksamt emot. Vid Lunds universitet finns ett så kallad skalmasterprogram i Socialt arbete vilket betyder att studenter har relativt stor frihet att sammanställa ett eget kurspaket, t ex genom att välja kurser om narkotika- och beroendeproblematiken. Utredningen refererar till ett masterprogram i Göteborg som är ett samarbete mellan institutionerna för Socialt Arbete och Psykologi. En tanke hos oss är att i ett sådant masterprogram det även borde finnas plats för sjuksköterskor och läkare.



Utredningen poängterar vikten av ett tvärprofessionellt samarbete inom narkoman- och beroendevården och då borde det vara lämpligt för de inblandade professioner att redan under utbildningsfasen lära känna varandra.

Det finns dock enligt vår erfarenhet ett problem när det gäller vidareutbildning av yrkesverksamma sacionomer. Arbetsgivarna verkar (även om det finns undantag) inte intresserade att underlätta för yrkesverksamma att vidareutbilda sig. En vidareutbildning är i huvudsak ett privat projekt för den enskilde som själv får bekosta och bedriva på fritiden. Detta kan inte utredningen göra något åt men det behöver uppmärksammas.

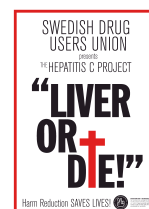
7 Vård utan samtycke - LVM

SBF är emot LVM som princip då det enbart gäller vårt kollektiv. Andra grupper kan vägra vård och behandling – till exempel kan man dö av kraftig övervikt men där finns inga krav om tvångsvård. SBF ser LVM som en diskriminerande åtgärd.

Vi är kritiska till att utredaren ger uttryck för ett synsätt som betraktar problematiskt bruk som enbart ett sjukdomstillstånd och då ska LPT ersätta LVM. Genom utredningens förslag kommer personer som vårdas med tvång att vara hänvisade till sjukvården. Vi kan idag liksom utredningen gör konstatera att personer med problematiskt bruk inte är en prioriterad grupp inom psykiatrin. I lagförslaget angående ändring av LPT, 3 a §, står det inte uttryckligen att personen skall ha ett "fortgående" problematisktbruk vilket är fallet i LVM-lagstiftningen och frågan är om det kan leda till en utvidgning av tvånget. Den grupp som inte uppfyller kriteriet "allvarlig psykisk störning", men som har omfattande problematiskt bruk och mycket allvarliga fysiska problem kommer inte att inrymmas i omhändertagandegrunderna i den föreslagna LPT-lagstiftningen. Utredningens lösning är att begreppet "allvarlig psykisk störning" ska omfatta även beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel.

Detta anser vi är ett märkligt förslag som dock följer utredningens princip att problematiskt bruk- eller beroende är att betrakta som en (psykisk) sjukdom som kan diagnostiseras enligt DSM och ICD. Att göra denna problematik till en allvarlig psykisk störning som en generell beskrivning har enligt oss inget stöd i dessa diagnostiseringsinstrument.

Den maximala vårdtid som finns lagreglerad i LVM-lagstiftningen tillkom efter avsaknad av positiva effekter av långa vårdtider som var möjliga inom Nykterhetsvårdslagens ram. Utifrån förslaget att vård utan samtycke skall ges inom LPT kan vårdtiderna bli avsevärt längre än inom nuvarande tvångslagstiftning då LPT inte har någon övre tidsgräns. Den ökade rättssäkerheten som eftersträvas av utredningen kan ifrågasättas på denna punkt.



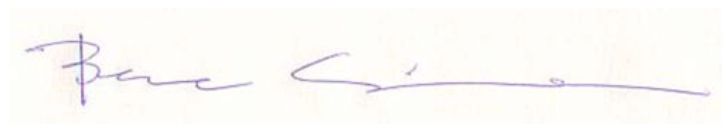
Utredningen föreslår också hur tvångsvården av personer med problematiskt bruk- och beroende kan organiseras (:324). Efter att ha anfört att beroendeproblematik redan i dag finns inom psykiatri och LPT i avsevärd omfattning uttrycks ett behov av kompetensutveckling hos personal som arbetar med denna grupp patienter.

Detta kan tolkas som kompetensen inom psykiatri liksom inom LVM är otillfredsställande. En lösning som utredningen erbjuder är att överföra personal från LVM hemmen till psykiatri. Det är svårt att se logiken i detta förslag eftersom utredningen allvarligt kritiserar LVM vården för bristande kvalitet i behandlingen.

Vidare på samma sida anförs att en del patienter med narkotikaberoende har erfarenhet av kriminalvård vilket kan medföra särskilda utmaningar på grund av deras erfarenheter av starkt kontrollerade och övervakade miljöer. Detta resonemang utvecklas inte vidare men man kan ana att det förutsätts fängesliknande avdelningar för denna kategori patienter. När utredningen på sidan 325 föreslår att landsting som behöver tillskott kan ta över något av de nuvarande LVM hemmen finns det enligt oss anledning att bli särskild orolig. Vi kan se framför oss ett scenario där gruppen med lägst status "personer med narkotikaberoende" hamnar på gamla LVM institutioner med samma personal som innan.

Mot bakgrund av de uppenbara brister som finns i narkomanvården idag och som utredningen vill åtgärda anser vi att man först borde avvakta resultaten av de föreslagna åtgärderna innan en så ingripande förändring görs av tvångsvården gällande personer med ett problematiskt bruk- eller beroende.

Förslaget avstyrks i sin helhet.



För Svenska Brukarföreningen

Berne Stålenkrantz ordförande

