



Stockholm 2010-03-16

Missbruksutredningen (S 2008:4)
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Bättre vård och stöd till individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården (S 2008:04).

Psykologförbundet har fått möjlighet att lämna synpunkter över rubricerade diskussionspromemoria. Förbundet bifogar synpunkter från föreningen för Mödra- och barnhälsovårdspsykologerna.

Sammanfattning

Psykologförbundet ställer sig bakom utredningens förslag att huvudmannskapet för missbruks- och beroendevården samlas hos landstinget. I linje härmed anser förbundet det rimligt att landstinget även får ansvaret för att personer med allvarliga missbruks- eller beroendeproblem bereds nödvändig tvångsvård. Psykologförbundet ställer sig alltså bakom utredningens förslag att personer med allvarliga former av beroende av psykoaktiva substanser ska kunna beredas vård enligt LPT istället för LVM. Vidare anser att förbundet att det krävs en väsentlig utbyggnad av missbruks- och beroendevården. Det gäller såväl vårdens kvalitativa innehåll som personalens kompetens inom olika områden. Att personalen som arbetar i missbruk- och beroendevården har en god och adekvat kompetens är avgörande för att säkerställa att vården bedrivs med god kvalitet. Psykologförbundet anser också att otydligheterna kring begreppet psykosocial behandling måste klargöras. När det gäller etablerade psykologiska behandlingsmetoder som bygger på psykologisk teori och metod bör man istället använda begreppet psykologisk behandling för att särskilja dessa från de psykosociala stödinsatserna.

Ansvar

Psykologförbundet delar utredningens uppfattning att ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting måste förtydligas. Ett tydligare samlat ansvar för missbruks- och beroendevården hos en huvudman är att föredra. Psykologförbundet förespråkar ett samlat ansvar för missbruks- och beroendevården hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Som utredningen påpekar är samsjukligheten hög bland personer med missbruk eller beroende. När det gäller personer med samtidig psykisk sjukdom så måste samma principer gälla som för andra personer med behov av

vård, behandling och stöd. Det är självklart att man inte kan separera missbruket och den psykiska sjukdomen utan hela människan måste mötas i den situation hon befinner sig. Missbruk- och beroendevården behöver byggas ut för att säkerställa tillgång till medicinska, psykologiska och psykosociala insatser. För att kunna erbjuda dessa patienter en adekvat vård är det viktigt att det finns tillgång till specialister och tvärprofessionella team. Ett samlat behandlingsansvar hos landstinget möjliggör att en sådan verksamhet kan byggas upp.

Tvångsvård vid missbruks- eller beroendeproblem.

Det är naturligtvis inte tillfredsställande som det är idag att personer med samsjuklighet inte får sina behov tillgodosedda inom vare sig LVM-vården eller LPT-vården. Om ansvaret för hela missbruks- och beroendevården ska läggas på landstinget är det enligt Psykologförbundet också rimligt att landstinget även får ansvaret för att personer med allvarliga missbruks- eller beroendeproblem bereds nödvändig tvångsvård. Att vården ges med stöd av LPT innebär att personer med samsjuklighet får tillgång till psykiatriska behandlingsinsatser på ett annat sätt än vad som idag kan erbjudas inom LVM-vården. Genom att landstinget får ansvar för hela vårdkedjan inkl. tvångsvården minskar riskerna för att personer återigen hamnar mellan två huvudmäns ansvar. Psykologförbundet ställer sig alltså bakom utredningens förslag att personer med allvarliga former av beroende av psykoaktiva substanser ska kunna beredas vård enligt LPT istället för LVM.

Otydlig terminologi

Psykologförbundet anser att otydligheterna kring begreppet psykosocial behandling måste klargöras. Begreppet psykosocial i kombination med behandling är problematiskt eftersom det saknas en enhetlig definition och är en blandning av psykosociala stödinsatser och psykologisk behandling. När det gäller etablerade psykologiska behandlingsmetoder som bygger på psykologisk teori och metod bör man istället använda begreppet psykologisk behandling för att särskilja dessa från de psykosociala stödinsatserna.

Kompetens, utbildning och certifiering

Landstingets utvidgade ansvar kräver en väsentlig utbyggnad av missbruks- och beroendevården inkl. tvångsvården. Det gäller såväl vårdens kvalitativa innehåll som personalens kompetens inom olika områden. Att personalen som arbetar i missbruk- och beroendevården har en god och adekvat kompetens är avgörande för att säkerställa att vården bedrivs med god kvalitet. Att grundutbildningar ger studenterna kunskaper som motsvarar vårdens kompetensbehov är en central fråga. Inom ramen för Psykologförbundets specialutbildning pågår för närvarande ett arbete med att ta fram

en specialinriktning inom just missbruk och beroende. Förbundet anser det angeläget att en sådan specialistutbildning erbjuds psykologer som arbetar inom missbruk- och beroendevården, och därmed kan utgöra en kompetensförstärkning i vården.

Bättre kvalitetssäkring och skärpt tillsyn av de vårdinrättningar som vänder sig till personer med missbruk eller beroende är enligt förbundet nödvändigt. Det måste också ställas krav på att vården bedrivs med kunskapsbaserade behandlingsmetoder och att personalen har en god kompetens inom området. Personer med missbruks- eller beroendeproblem befinner sig i en mycket utsatt situation och det krävs att samhället tar ett stort ansvar för att de verksamheter som ansvarar för dessa personers vård bedrivs på ett professionellt och ansvarsfullt sätt.

Sveriges Psykologförbund

Lars Ahlin
Förbundsordförande

Camilla Damell
Förbundsjurist



Till Camilla Damell
Sveriges Psykologförbund

2010-02-23

Synpunkter på Missbruksutredningens diskussionspromemoria: **”Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården”**.

Mödra- och barnhälsovårdpsykologernas förening inom Psykologförbundet har emottagit ovanstående diskussionspromemoria och koncentrerat oss på frågor om gravida, ofödda och små barn, som omfattas av vårt uppdrag. Vi vill lämna följande synpunkter:

Sammanfattning: Vi har inga starka skäl att förorda någon av de tre ansvarsmodellerna eller de tre tvångsvårdsmodellerna, men lämnar några kommentarer till diskussionen. När det gäller synpunkter på missbrukets utbredning och skadeverkningar, samt utredningens fortsatta arbete, för vi fram barnperspektivet. Vi poängterar situationen för de ofödda och små barnen som är fysiskt och psykologiskt totalt beroende och ofta helt utlämnade till sina risk- eller missbrukande föräldrar. Det är angeläget att den referensgrupp för yrkesföreträdare som tillsatts innehåller utvecklingspsykologisk kompetens.

1. De tre ansvarsmodellerna.

Vi önskar inte förorda något av utredningens tre förslag framför de andra två, men vill påpeka att oavsett ansvarsmodell måste ansvaret gentemot barnen till missbrukande föräldrar, eller personer i föräldrars ställe, vara tydligt och tvingande. Det framgår inte av diskussionspromemorian hur de andra länderna har resonerat kring sina ansvarsmodeller i relation till frågan om närståendes möjligheter till skydd mot missbrukets skadeverkningar eller tillgång till insatser för egen del. Det hade varit intressant att ta del av deras tankegångar och erfarenheter.

I modell 1 kvarstår problemen med ett delat ansvar. Gemensamt ansvar för en arbetsuppgift blir lätt ingens ansvar. Otydligheten mellan huvudmännens ansvar också i olika delar av omhändertagandet gör det bli svårare för de spårande och motiverande verksamheterna att lotsa individen till behandling. Om ansvaret ska delas behöver t ex

begrepp som ”tidiga insatser” definieras bättre, och vilken huvudman som ska stå för vilken typ av tidiga insatser.

Modell 2 är praktisk utifrån att socialtjänstens insatser väldigt ofta behövs, åtminstone för missbrukarens barn. Man har, till skillnad från hälso- och sjukvården, redan ett tydligt uppdrag att inte bara se till missbrukarens behov av stöd och behandling, utan även de närståendes, och då i synnerhet barnens. Där finns å andra sidan otillräcklig barnpsykiatrisk och utvecklingspsykologisk kompetens, och insatserna blir därför lätt en kompromiss mellan den vuxnes önskemål och barnets grundläggande psykologiska behov, där de senare vanligen får stå tillbaka. Utredningen om behörighetsreglering av personal inom socialtjänsten (*dir 2009:25*) kan leda till en kvalitetshöjning, men socionomutbildningen har i dagsläget ett alltför litet inslag av utvecklingspsykologi.

Modell 3 har som utredaren påpekar ett inbyggt problem i att sjukvården ofta är individcentrerad, i synnerhet på vuxensidan. Det krävs en perspektivförskjutning om sjukvården ska ta ett ännu större ansvar för att uppmärksamma socialtjänsten på omyndiga familjemedlemmars behov av stöd för egen del. Vi har blandade erfarenheter av hur det fungerar med anmälan från hälso- och sjukvården om barn som far illa. Som utredningen påpekar gör en koppling till hälso- och sjukvården lätt att missbruket ses som ett individuellt medicinskt problem (*sid 84*) där de närstående i sjukvårdens ögon antingen fyller en terapeutisk eller en försvårande roll. Detta är särskilt tydligt vid de vuxenpsykiatriska klinikerna som ju oftast har huvudansvaret inom vården för behandling av missbruk och beroende.

2. De tre tvångsvårdmodellerna.

Modell 3 kan bara accepteras förutsatt att regeringens förslag om tvångsvård för gravida missbrukare (*Ds 2009:19*) bevaras trots att LVM upphävs. Det kan bli komplicerat då tvångsvård av gravida sker för det ofödda barnets skull medan kvinnan själv kanske inte uppfyller kriterierna för LPT. Vi vet idag att även ett alkoholbruk enbart på riskbruksnivå är problematiskt för fostrets neurologiska utveckling,

Utredningen nämner flera gånger missbrukets inverkan på närstående, och vi anser att frågan om kriterierna för tvångsvård bör ställas i relation till barnets beroende av sin missbrukande omvårdnadsperson. Det är belagt att föräldrars risk- och missbruk av droger och alkohol innebär en klart försämrad möjlighet till optimal utveckling, social anpassning och framtida psykisk hälsa för barnen. Vi talar här om ca 385 000 barn som lever med föräldrar som har missbruks- eller beroendeproblem (*sid 17*). I vår verksamhet ser vi tydligt hur en uppväxt hos föräldrar med hög alkoholkonsumtion ofta leder till psykisk ohälsa i vuxen ålder. Detta blir ännu allvarliga i ljuset av den omfattande samsjukligheten med psykisk sjukdom som utredningen kartlagt (*sid 27*). Det är ett välkänt faktum att en ökning av antalet riskfaktorer i barnets uppväxtmiljö ger en exponentiell ökning av risken för framtida psykisk ohälsa.

Ska tvångsvårdskriterierna ta hänsyn till hur man klarar att skydda sina barn mot alkoholrelaterade utvecklingspsykologiska skadeverkningar? Är det över huvud taget en möjlig tanke att ansvar för små barn blir en faktor i bedömningen av om tvångsvård bör verkställas? Att hänvisa till att barn i riskmiljöer kan omhändertas av socialtjänsten är alltför enkelt, dels för vi ser att missbruket måste vara mycket allvarligt och långvarigt för att ett omhändertagande ska verkställas, dels för att barnet naturligtvis vinner på att föräldern istället upphör med sitt missbruk och behåller relationen. Vad gäller behandlingsalternativ borde samhället även erbjuda institutionsplacering för hela familjen när det gäller barn i förskoleåldrarna. I dagsläget placeras föräldrarna på institution och barnen i familjehem, dvs ett totalt relationsbrott, för att sedan ofta återförenas så fort föräldrarna kommer hem igen. Det skapar en onödig otrygghet i barnets liv.

3. Missbrukets utbredning och skadeverkningar.

Definitionen av riskabel alkoholkonsumtion (*sid 51*) bör diskuteras. Riskabel för vem? Folkhälsoinstitutets definition gäller bara den egna hälsan. Regeringen har redan bedömt att en gravid kvinnas konsumtion kan vara en oacceptabel risk för barnet. När blir konsumtionen också en risk för det födda barnets hälsa och utveckling? I resonemanget kring alkoholrelaterade skadeverkningar (*sid 55*) tar utredaren inte upp de långsiktiga skador barn riskerar att få av att växa upp i en missbruksmiljö.

Om man betraktar missbruk och beroende utifrån ett sjukdomsparadigm är det en annorlunda sjukdom eftersom patienten dels ofta är ambivalent till att behandlas bort från sin sjukdom, dels vanligen inte tar till sig att sjukdomen orsakar skada för närstående. I synnerhet verkar det vara svårt att se att man skadar sina barn. Motivationen för förändring och behandling är därför svagare än vid andra psykiatriska och somatiska tillstånd. Det liknar mer de mönster man ser vid t ex våld i familjen, dvs barnens utsatthet och problem bagatelliserar och de vuxnas patologiska behov styr samvaron. Man kan säga att det ingår i sjukdomsbilden att man inte inser, eller vill inse, vilken skada man åsamkar sina närstående. Samtidigt har de små barnen en särskilt utsatt position pga sitt fysiska och psykologiska beroende av den missbrukande föräldern.

Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har tydliga skyldigheter att uppmärksamma och beaktas barns behov respektive stödja barn i utsatta situationer. Problemet är att kunskapen om problemets omfattning, barns grundläggande psykologiska behov och vad som är en utsatt situation brister i många av de berörda verksamheterna.

Utredningen bör diskutera konflikten i SoL (*1 kap 1§ resp 11 kap. 1§*) mellan den vuxnes rätt till självbestämmande och integritet kontra barnets rätt till optimal hälsa och utveckling i relation till riskbruk och missbruk.

4. *Det fortsatta arbetet.*

Vi noterar med stort intresse att Missbruksutredningen kommer att beakta familje- och barnperspektivet vid utformningen av det slutliga förslaget. Vi ger vårt helhjärtade stöd till utredarens ambition att stärka föräldrarollen, samt utforma vårderbjudanden som är särskilt anpassade för både kvinnor och män (*sid 201*). Utredaren påpekar att stödet till gravida samt barn och närstående ofta är underutvecklat (*sid 34*). Det är desto allvarligare som vi ser att alkoholkonsumtionen är högst bland unga vuxna, dvs i de familjebildande åldrarna (*sid 50*).

Utredarens ämnar överväga behovet av certifiering av vårdinrättningar (*sid 198*). Vi vill betona nödvändigheten av särskilda verksamheter riktade mot gravida missbrukare där det finns graviditetspsykologisk kompetens och fokus läggs på förmågan till ett tillräckligt gott föräldraskap. Vi instämmer i att ny kunskap motiverar en omprövning av de offentliga insatserna (*sid 21*), och det omfattar även nya forskningsrön om missbrukets effekter på ofödda och små barn.

Utredningen diskuterar behandlings- resp vårdgarantier för att säkra kortare väntetider. Vi delar uppfattningen att det är verkningslöst om inte garantins innehåll regleras, vilket också verkar vara den danska erfarenheten (*sid 148*). Angående utbudet av insatser (*sid 28*) vill vi poängtera att barn till föräldrar med riskbruk eller ”dolt missbruk”, dvs utan påtagliga sociala problem, är särskilt skyddslösa eftersom deras situation sällan uppdagas. Det är därför centralt att arbetet med upptäckt och tidiga insatser utvecklas, och att öppenvården (av typen alkoholrådgivning och behandlingsgrupper för barn till missbrukare) blir mer tillgänglig. De små kommunerna har ofta svårt att erbjuda den typen av stödinsatser överhuvudtaget. Utredningen påpekar möjligheterna till kommunal samverkan. De geografiska avstånden till stöd och behandling får dock inte bli för stora.

Utredningen förespråkar att rådgivning bör omfattas av kravet på biståndsbedömning (*sid 136*). Vi motsätter oss det utifrån erfarenheten att det drastiskt minskar motivationen till att söka hjälp. Om man på det sättet höjer tröskeln för tidiga insatser minskar man tillgängligheten, tvärs emot utredningens intentioner.

Angående resonemanget om kompetens och kvalité (*sid 35*) instämmer vi helt i att grundutbildningen för centrala yrkesgrupper har otillräckliga inslag om missbruk och beroende. Oavsett organisationsform bör man inom missbruksvården, liksom vid upptäckt och tidiga insatser, också få en fördjupad kunskap om drog-, alkohol- och läkemedelsmissbrukets negativa effekter på föräldraförmågan och därmed barnens psykologiska, kognitiva och sociala utveckling

/ genom Kerstin Johannesson, sekreterare, styrelsen för mödra- och barnhälsovårdpsykologernas förening.