



Missbruksutredningen

S 2008:04

**Remissammanställning av Missbruksutredningens diskussionspromemoria
Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska
missbruks- och beroendevården**

Inledning

Missbruksutredningens uppdrag

Regeringen har gett Gerhard Larsson i uppdrag att, som särskild utredare, göra en översyn av den samlade svenska missbruks- och beroendevården (kallad Missbruksutredningen).¹ Uppdraget går i korthet ut på att besvara tre centrala frågor. Vilka omfattas? Vad ska ges? Vem ansvarar? Slutbetänkande ska överlämnas till regeringen i november 2010. Den särskilde utredaren vill dock innan dess tidigt i utredningsarbetet inbjuda till en diskussion om främst två centrala utvecklingsområden. Det första gäller kommunernas och landstingens framtida ansvar för missbruks- och beroendevården samt ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen. Det andra gäller tvångsvårdens roll och funktion i vårdkedjan för personer med missbruk eller beroende. I januari 2010 presenterade därför Missbruksutredningen tänkbara alternativa modeller i diskussionspromemorian *Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården*.

¹ Utredningens direktiv och uppdrag finns på www.missbruksutredningen.se.

Remissomgången

Diskussionspromemorian remissbehandlades genom utredningens försorg under perioden den 15 januari – 19 mars 2010. Svar har inkommit från sammanlagt ett 60-tal instanser med företrädare för statliga myndigheter, kommuner och landsting, offentliga verksamheter, brukar- och klientorganisationer, fackliga organisationer och yrkesföreningar, forskning samt privata aktörer och branschorganisationer.

Från **statliga myndigheter** har följande svarat; *Statens folkhälsoinstitut, Kriminalvården, Läkemiddelsverket, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen* samt *Statens institutionsstyrelse (SiS)*. Av **kommuner och landsting** har svar inkommit från *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Botkyrka kommun, Gävle kommun, Göteborgs stad, Kumla kommun, Linköping kommun, Malmö kommun, Ronneby kommun, Stockholms stad, Umeå kommun, Växjö kommun* samt *landstingen i Kalmar län, Norrbottens län, Stockholms län, Uppsala län, Örebro län, Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Landstinget/Region Dalarna*. **Offentliga verksamheter** som har svarat är *Beroendecentrum Eskilstuna, Beroendecentrum Malmö, Beroendecentrum Stockholm, Beroendecentrum Örebro* samt *Psykiatrin i Västerbottens läns landsting*.

Brukar- och klientorganisationer som har svarat är *IOGT-NTO, LP-verksamheten, Rainbow Sweden, RFHL, Riksförbundet Föräldraförningen Mot Narkotika (FMN), Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle (RNS), Riksföreningen för Alkoholmottagningar (RAM), Länkens kamratförbund, Svenska narkomanvårdsförbundet, Verdandi* samt *Svenska Brukarföreningen*. Från **fackliga organisationer och yrkesföreningar** har svar inkommit från *Akademikerförbundet SSR, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), Föreningen Sveriges socialchefer, LO, SKTF, Svensk förening för beroendemedicin, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, TCO, Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser, Svensk socialmedicinsk förening* samt *Polisförbundet*. Som företrädare för **forskning** har *Svenska föreningen för alkohol- och drogforskning (SAD)* svarat. Av **privata aktörer och branschorganisationer** noteras svar från *Attendo Individ och Familj, Maria Beroendecentrum AB, Nämndemansgården i Sverige AB, Alna, Actavis* samt *Hassela solidaritet*.

Därutöver har synpunkter inkommit från ytterligare ett 10-tal intressenter och enskilda personer.

Nedan sammanfattas remissinstansernas övergripande synpunkter med utgångspunkt i diskussionspromemorian problemanalys och förslag. En

mer utförlig remissammanställning har upprättats inom utredningens sekretariat och finns tillgänglig i utredningens arkiv.

Allmänna synpunkter på diskussionspromemorian

Inledningsvis uttrycker många remissinstanser stor uppskattning av utredningens öppna arbetsform och möjlighet till bred diskussion kring viktiga frågor. Detta gäller inte bara framtagande av diskussionspromemorian utan också hearingar och brukarråd knutet till utredningen.

En övervägande majoritet av remissinstanserna delar utredningens problembeskrivning och analys. Flera påpekar att utredningen har beskrivit missbrukets utbredning och konsekvenser på ett förtjänstfullt sätt. Det råder också stor samstämmighet att det finns ett reformbehov inom missbruks- och beroendevården med bland annat förtydligande av huvudmännens ansvar. Vidare anses det positivt att promemorian är välskriven och lättförståelig samt att skrivningarna är icke-moraliserande.

Några instanser påpekar att det är en brist att bakgrundsbeskrivningen inte utförligare redovisar de senaste årens utvecklingsarbete inom området med bland annat implementering av de nationella riktlinjerna. Ett fåtal instanser efterlyser en tydligare analys av brukarperspektivet.

Flera remissinstanser lämnar medskick till utredningen med önskemål om kompletteringar inför det fortsatta arbetet med slutbetänkandet.

Missbrukssituationen i Sverige

En stor majoritet av remissinstanserna instämmer i utredningens beskrivning av missbrukssituationen i Sverige. Många instanser påpekar särskilt att utredningen har gjort en gedigen sammanställning och bra analys. *Statens folkhälsoinstitut* uppskattar att dopningsproblematiken tas upp och att utredningen försökt få svar på obesvarade frågor gällande dopningens omfattning. *SKL* anser att utredningen på ett förtjänstfullt sätt beskrivit missbrukets utbredning och konsekvenser. Organisationen understryker dock att utredningen även bör innefatta arbetet med riskbruk och primärvårdens särskilda möjligheter att identifiera personer med riskkonsumtion eller beroende.

Umeå kommun vill komplettera den gedigna beskrivningen med några synpunkter om ökningen av användandet av nätdroger som inte är olagliga men som ger samma effekt som narkotikaklassade preparat, exempelvis Metedron, Mefedron, Kreatom och Spice. *Landstinget i Uppsala län* påpekar att kvinnor utgör en riskgrupp med inslag av

skadligt bruk som måste uppmärksammas och åtgärdas mer än vad som sker i dag. Landstinget anser vidare att det förebyggande arbetet inte nog kan betonas för att få ungdomar att avstå från narkotika. *Landstinget i Örebro län* saknar uppgifter om vården av unga samt genusaspekten. *Beroendecentrum Örebro* anser att utredaren har genomfört ett ambitiöst och imponerande arbete men saknar uppmärksamhet på och konsekvenser av det stora utbud av missbrukspreparat som lanseras via Internethandel.

LP-verksamheten och *Verdandi* anser att beskrivningen är en värdefull grund för de fortsatta diskussionerna om vårdutbud och övriga insatser. *Verdandi* ifrågasätter dock utredningens användning av Folkhälsoinstitutets definition av riskbruk. *TCO* saknar fler skrivningar kring ungdomar och missbruk, inte minst konsekvenser av riskbruk av partydroger och internetdroger och behovet av insatser inom detta område. Hemlöshet kombinerat med missbruk behöver också belysas enligt organisationen. *Actavis* konstaterar att utredningens uppskattning av antalet personer med alkoholberoende skiljer sig åt från tidigare uppskattningar av Socialstyrelsen och Läkemedelsverket.

Internationell utblick

Utredningens internationella utblick kommenteras endast av några remissinstanser. *Akademikerförbundet SSR* vill uppmärksamma utredningen på några skillnader mellan den norska och danska reformen. *Socialstyrelsen* anser att de förhållanden som råder i Sverige måste utgöra grunden för ställningstaganden om organisation och lagstiftning. *Landstinget i Norrbottens län* saknar en analys över vilka effekter som andra länders organisering av missbruks- och beroendevården eller förekomst av tvång vid behandling har för omfattning av missbrukssituation och skadeverkningar. *LP-verksamheten* anser att den internationella utblicken har varit en värdefull kunskap. Enligt *Svenska narkomanvårdsförbundet* och *Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser* är det en brist att erfarenheterna från andra länder inte har värderats tillräckligt. De anser vidare att redovisade internationella exemplen med oftast sjukvården som huvudansvarig inte verkar enklare konstruerade än den svenska modellen och att de redovisas på ett ganska troskyldigt sätt.

Ansvar för bättre vård och stöd

Missbruksutredningens förslag

Mot bakgrund av problemanalysen bedömer Missbruksutredningen att det nuvarande delade ansvaret för vård och stöd mellan främst landsting

och kommuner behöver förändras. Utredningen ser tre principiellt olika lösningar som fullt möjliga med beaktande av att Sverige har tre självständiga administrativa nivåer.

Modell 1 innebär fortsatt delat ansvar för missbruks- och beroendevården mellan kommunen som huvudman för socialtjänsten och landstinget som huvudman för hälso- och sjukvården, men med tydligare lagreglerat ansvar för centrala funktioner i vårdkedjan. Kommunen har ansvaret för viss behandling (psykosocial) och sociala insatser i form av boende, sysselsättning och försörjning. Landstinget har ansvaret för tillnyktring, abstinensvård och viss behandling (medicinsk). De två huvudmännen har ett parallellt och i vissa delar gemensamt ansvar för upptäckt och tidig intervention samt för utredning, bedömning, planering och uppföljning. Modell 1 har även en underversion som innebär att individen får en stärkt ställning till vård och stöd i form av en vårdgaranti som garanterar utredning, bedömning och insats inom viss tid.

Modell 2 innebär att huvudmannaskapet för missbruks- och beroendevården samlas hos kommunen. Kommunen har ansvar för tillnyktring, viss abstinensvård och behandling, socialt stöd i form av boende, sysselsättning och försörjning samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. Landstinget får ha kvar ansvar för abstinensvård i slutna vård. Vistelselandstinget får ansvaret för abstinensvård inom kriminalvård och tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Kommunen och landstinget har ett parallellt och gemensamt ansvar för att uppmärksamma problem och göra tidig intervention.

Modell 3 innebär att huvudmannaskapet för missbruks- och beroendevården samlas hos landstinget. Landstinget har ansvaret för tillnyktring, abstinensvård och behandling samt utredning, bedömning, planering och uppföljning. Kommunen får ha kvar ansvaret för sociala insatser i form av boende, sysselsättning och försörjning. Landstinget och kommunen har ett parallellt och gemensamt ansvar för upptäckt och tidig intervention.

Huvudmännens ansvar i alla tre modellerna regleras antingen genom tillägg i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen eller genom införandet av en särskild missbrukslagstiftning som kompletterar dessa ramlagar.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Den absoluta majoriteten – 31 instanser – förespråkar modell 1 med förtydligande av dagens delade ansvar mellan landstingen och kommunerna. Av de statliga myndigheterna förespråkar *Socialstyrelsen* och *SiS* denna modell. *SKL*, alla kommuner utom Växjö, samtliga landsting, *Beroendecentrum Örebro* samt *Psykiatrin i Västerbottens läns landsting* tillstyrker också denna modell. Av brukar- och klientorganisationer är det *LP-verksamheten*, *Rainbow Sweden*, *Länkens Kamratförbund*, *Svenska narkomanvårdsförbundet* samt *Verdandi* som förespråkar modellen. Bland de fackliga organisationerna och yrkesföreningarna är det *Akademikerförbundet SSR*, *Föreningen Sveriges socialchefer*, *SKTF* samt *TCO* som är företrädare för modellen.

De motiv som anges för modell 1 är genomgående att samlat ansvar hos en huvudman inte löser de identifierade problemen eftersom ingen huvudman fullt ut kan tillgodose de behov av sociala och medicinska insatser som en person med missbruk eller beroende har. Nya gränser anses medföra nya gränsdragningsproblem och fortsatt behov av samverkan. Flera instanser pekar särskilt på de positiva erfarenheterna av de senaste årens implementering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilket bör tas till vara. I stort sett samtliga insatser som är företrädare för modell 1 anser att utredningens förslag att stärka individens ställning genom tydliggörande av gränsdragningar mellan huvudmännen är motiverade. Lagreglerat ansvar för identifierade centrala funktioner i vårdkedjan har också stark anslutning och anses bidra till en bättre samverkan mellan huvudmännen.

Knappt hälften av de remissinsatser som förespråkar modell 1 tillstyrker uttryckligen förslaget om vårdgaranti. Dessa instanser är *SiS*, *Gävle kommun*, *Göteborgs stad*, *Linköpings kommun*, *Ronneby kommun*, *Landstinget i Stockholms län*, *Landstinget i Uppsala län*, *Region Skåne*, *Landstinget/Region Dalarna*, *LP-verksamheten*, *Rainbow Sweden*, *Länkens Kamratförbund*, *Verdandi* samt *Akademikerförbundet SS*. *Malmö kommun* och *Umeå kommun* anser att förslaget om vårdgaranti eventuellt kan införas. *SKL* och *Västra Götalandsregionen* instämmer i att någon form av vårdgaranti kan vara ett sätt att stärka individens ställning men anser att förslaget bör utredas vidare. *Kumla kommun* och *Landstinget i Örebro län* är tveksamma till vårdgaranti mot bakgrund av bland annat administrativa svårigheter och att motivationen hos målgruppen kan variera. *Svenska narkomanvårdsförbundet* är negativt till användandet av begreppet vårdgaranti eftersom det uttrycker en förenklad förståelsemodell för vägarna in i vården och ut ur missbruket.

Tio remissinstanser förespråkar modell 3 med landstinget som huvudman. Dessa är *Kriminalvården*, *Beroendecentrum Eskilstuna*, *Beroendecentrum Malmö*, *Svenska brukarföreningen*, *Svensk beroendemedicinsk förening*, *SFAM*, *Svenska Läkaresällskapet*, *Sveriges Psykologförbund*, *Maria Beroendecentrum AB* samt *Actavis*. Som skäl för modell 3 anges att modellen bäst tillgodoser vårdbehovet hos den stora grupp som har både psykisk/somatisk sjukdom och missbruk eller beroende. Ett annat skäl är att sjukvården har tradition av utredning och behandling med evidensbaserade metoder samt uppföljning och utvärdering. Flera instanser påpekar att beroendesjukdomar är diagnoser inom psykiatrins diagnossystem och att det finns en ökande evidens för läkemedelsbehandling inom området. *Svenska brukarföreningen* poängterar att deras medlemmars negativa inställning till socialtjänsten som huvudman omöjliggör modell 2.

Fem remissinstanser förespråkar modell 2 med kommunen som huvudman. *Växjö kommun* anser att kommunen som huvudansvarig harmonierar med de nationella riktlinjerna samt att det torde vara enklare för kommunen att bygga ut den medicinska kompetensen än för landstinget att bygga ut den psykosociala kompetensen. *IOGT-NTO* påpekar att kommunen kan ta ett helhetsgrepp och har en långsiktighet i sitt arbete och att kommunen har en väsentligt större närhet till människor samt bra samarbete med andra aktörer. *RFHL* och *RNS* tillstyrker också modell 2 men poängterar att viss avancerad medicinsk vård ska ligga kvar hos landstinget. Enligt *Hassela solidaritet* finns det med landstinget som huvudman en påtaglig risk att vården i huvudsak blir medicinsk och att fokus läggs på läkemedelsbaserad behandling.

Övriga remissinstanser bemöter inte modellerna eller tar inte uttrycklig ställning till en modell. *Statens folkhälsoinstitut* poängterar att det viktiga är att det finns en tydlig uppgifts- och ansvarsfördelning mellan specialiserade missbruksenheter och verksamheter som har ett mer grundläggande ansvar. *Beroendecentrum Stockholm* understryker att alla modeller har fördelar och nackdelar som måste beaktas innan beslut tas. *RAM* anser att oavsett ansvarsfördelning så bör möjligheterna för samordnad behandling förbättras genom tydlig beskrivning av vad behandling av beroende förväntas innehålla samt uppdrag till huvudmannen att tillgodose detta. *FSA* har i dag svårt att definiera vilken modell som är mest lämplig men kan inte se modell 2 som en framtida modell. *Sveriges läkarförbund* förordar modell 3 om det blir aktuellt med en omorganisation. *Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser* ser fördelar med och stöder både modell 1 och modell 3. *Svensk socialmedicinsk förening* och *SAD* anser att alla tre modellerna har brister och påpekar att enligt deras vetenskap finns inget forskningsunderlag som avgör vilket

huvudmannaskap som har störst förutsättningar. *Attendo Individ och Familj* anser att utredningen bör överväga ett fjärde ytterligare alternativ som innebär ökat statligt ansvar för samordning, kvalitet och ekonomi. *Nämndemansgården* påpekar att oavsett vilken huvudman det blir så är det principer som är det viktiga. *Alna* poängterar att huvuddelen av personer med missbruk inom arbetslivet varken har kontaktat socialtjänsten eller sökt vård inom hälso- och sjukvården för sitt missbruk.

Utredningens förslag om eventuell lagreglering i en särskild missbrukslag bemöts av ett mindre antal av remissinstanser. Av dessa tillstyrker majoriteten att en sådan lag införs eller att förutsättningar för lagen utreds vidare. Några remissinstanser befarar dock att en sådan lag försvårar en helhetssyn.

Utredningens förslag inom ramen för modell 1 att rådgivningsinsatser bör omfattas av biståndskrav, avstyrks av nästa samtliga som har bemött förslaget. Som skäl anförs att nackdelar med förslaget överväger eftersom det finns en uppenbar risk att personer med missbruk eller beroende undviker att söka vård om sådan biståndsbedömning införs.

Vård och behandling under tvång

Missbruksutredningens förslag

Missbruksutredningen utgångspunkt är att missbruks- och beroendevården ska vara frivillig men att den kan ges utan samtycke i undantagsfall och under förutsättning att insatsen ingår som en länk i en sammanhängande vårdkedja för att motivera till fortsatt frivillig vård. Vården måste också utformas så att individen upplever den som meningsfull. Samhället ska som motprestation erbjuda bästa möjliga vård- och stödinsatser. Mot denna bakgrund föreslår utredningen tre modeller.

Modell 1 innebär att nuvarande LVM behålls men justeras för att stärka individens ställning och vårdkedjan. Den första justeringen innebär att specialindikationerna (skadeindikationen) ändras så att LVM endast ska kunna ges till skydd för den enskilde med missbruksproblem. Den andra justeringen innebär att individen får en uttrycklig rätt till kvalificerad utredning, framför allt psykiatrisk, samt vård och behandling under tvång. Den tredje justeringen innebär att individens rätt till vård och stöd efter tvångsvården förtydligas i lagstiftningen. Den fjärde justeringen innebär att socialnämnden beslutar om utskrivning från LVM-vård.

Modell 2 innebär att nuvarande LVM anpassas till ökade möjligheter till öppen tvångsvård med särskilda villkor. Vårdtiden på LVM-hem (sluten tvångsvård) får pågå högst fyra veckor efter ansökan hos förvaltningsrätten. Socialnämnden kan därefter ansöka om förlängning av vården, antingen som sluten tvångsvård eller som öppen tvångsvård med särskilda villkor. Till ansökan ska bifogas en samordnad vårdplan. Socialnämnden ska kontinuerligt pröva förutsättningar för tvångsvård och den sammanlagda vårdtiden får inte överskrida sex månader. Den enskilde har samma rätt till utredning, vård och fortsatt vård som i modell 1.

Modell 3 innebär att LVM upphävs och att den medicinska indikationen för vård enligt LPT – allvarlig psykisk störning – utvidgas till att omfatta vissa allvarligare former av beroende av psykoaktiva substanser eller akut missbruk som behöver hävas för att rädda liv. Bestämmelserna i LPT gäller i övrigt med krav på oundgängligt behov av sluten vård, beslut om intagning, vård i öppna former, tvångstider, utskrivning och domstolsprövning.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Den största gruppen av remissinstanserna, 18 instanser, tar inte ställning eller är tveksamma till val av modell vid vård och behandling under tvång. Av övriga instanser är det ungefär lika många som förespråkar modell 1 (11 instanser), modell 2 (11 instanser) eller modell 3 (9 instanser). En stor grupp instanser (14 instanser) föreslår en egen modell, vanligen en kombination mellan modell 1 och 2.

Företrädare för modell 1 är *Socialstyrelsen, SiS, Linköpings kommun, Ronneby kommun, Växjö kommun, Landstinget i Kalmar län, Landstinget i Örebro län, Landstinget/Region Dalarna, Beroendecentrum Eskilstuna, Nämndemansgården* samt *Hassela solidaritet*. Som skäl anges att gällande LVM är ändamålsenlig och fungerar bra som ett komplement till socialtjänstlagen. Däremot råder stor samstämmighet kring förslagen att stärka den enskildes rätt till utredning, vård och behandling. Ett annat skäl för modellen är att modell 2 och modell 3 enligt instanserna inte tillgodoser vårdbehoven hos personer som i dag tvångsvårdas enligt LVM.

Botkyrka kommun, Göteborgs stad, Umeå kommun, Landstinget i Stockholms län, IOGT-NTO, LP-verksamheten, Länkens kamratförbund, Svenska narkomanvårdsförbundet, Verdandi, Föreningen Sveriges socialchefer samt *Attendo Individ och Familj* förespråkar modell 2. Genomgående motiv för denna modell är att LVM behövs men att den bör moderniseras så att vården och vårdtiden blir mer individanpassad.

Det anses vidare positivt att pröva öppen tvångsvård med särskilda villkor. Några av remissinstanserna anser dock att den initiala vårdtiden på LVM-hemmet bör ökas till åtta veckor i stället för föreslagna fyra veckor.

Företrädare för modell 3 är *Kriminalvården, Malmö kommun, Landstinget i Uppsala län, Beroendecentrum Malmö, Svensk förening för beroendemedicin, SFAM, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Psykologförbund* samt *Maria Beroendecentrum*. Som skäl åberopas bland annat att nuvarande tvångsvård enligt LVM har uppenbara brister samt att LPT har en tydlighet i regelverket som innebär en stärkt rättssäkerhet för den enskilde. En annan fördel med modellen är att den bäst tillgodoser adekvat vård för den stora gruppen med samsjuklighet.

Av de remissinstanser som inte uttryckligen förespråkar en modell kan nämnas *Svenska Nätverket – Dubbeldiagnoser* som förespråkar antingen modell 2 eller modell 3. *SKL, Kumla kommun, Stockholms stad* samt *Landstinget i Norrbottens län* föreslår en kombination mellan modell 1 och modell 2. Även *Svensk socialmedicinsk förening* och *SAD* förespråkar en sådan kombination men med justeringar som innebär att inledande institutionsvården sätts till tre månader och att tvångsvården kan pågå längre än sex månader. *Västra Götalandsregionen* förordar som utgångspunkt modell 1 men med kombination från vissa fördelar i modell 2 och 3. *Rainbow Sweden* och *RFHL* är mycket kritiska till användandet av tvångsvård och anser att endast akuttvång ska kunna användas under max en månad. *FMN* anser att LVM ska vara kvar men att omprövning ska ske varje månad fram till sexmånadersperiodens slut. *RNS* förordar en kombination av frivillig vård och tvång under längst ett år. *Svenska brukarföreningen* är emot alla former av tvång.

Övriga instanser tar inte ställning eller bemöter inte modellerna. *Gävle kommun* och *Akademikerförbundet SSR* anser att en översyn av lagstiftningen är nödvändig. *Region Skåne* påpekar att val av tvångsmodell är beroende av vilken ansvarsmodell som väljs för vård och stöd. *Beroendecentrum Stockholm* anser att förslaget att minska tiden på LVM-institutioner är en klar förbättring. *Beroendecentrum Örebro* känner tveksamhet att ansluta sig till en viss modell så länge det saknas faktaunderlag för effekterna av tvångsvård. *Sveriges läkarförbund* och *Psykiatrin i Västerbottens län* ser fördelar med modell 3 på sikt. *SKTF* och *TCO* poängterar att de utesluter modell 3.

Det råder delade meningar bland remissinstanserna om skadeindikationen (närståendeskyddet) bör avskaffas. En majoritet

avstyrker dock förslaget eller förordar att det utreds vidare ur ett barnperspektiv.

I stort sett samtliga som yttrar sig över förslaget tillstyrker att socialnämnden beslutar om utskrivning från LVM-vård. Förslaget anses genomgående stärka och förtydliga socialnämndens ansvar. *S/S* påpekar att förslaget bör kompletteras med att socialnämnden ska höra institutionens uppfattning innan beslut om utskrivning.

Det fortsatta arbetet och medskick till utredningen

Många remissinstanser kommenterar utredningens egna tankar kring det fortsatta arbetet med huvudbetänkandet. Flera instanser välkomnar förslag till insatser för tidig identifikation och ingripande. Det finns också ett stort stöd för att det införs auktorisation för dem som utövar behandling, att grundutbildningarna stärks samt att det införs särskild specialitet i beroendemedicin. Ett flertal remissinsatser poängterar vikten av att barnperspektiv kommer att beaktas liksom anhörigas behov av stöd, skydd och insatser. Det finns vidare stöd för att genusperspektiv beaktas liksom ungdomars riskbruk/missbruk.

Utredningens översyn av motiven för läkemedelsassisterad behandling anses som ett lovvärt initiativ. Några remissinstanser påpekar särskilt att det är angeläget att forskningen förstärks inom området, bland annat om bemötande. Aviserade ekonomiska beräkningar och konsekvenser anses också nödvändiga, inte minst vid eventuell huvudmannaskapsförändring.

Flera remissinstanser har medskick till utredningen om önskade kompletteringar. Några sådana är prevention, den idéburna sektorns betydelse vid förebyggande och tidiga insatser, analys av hur personers aktivitetssituation påverkas av missbruksproblem, klargörande av begreppet psykosocial behandling samt situationen för äldre med missbruksproblem och hemlösa.