

Tvångsvården kan försvinna

En mer tillgänglig och rättssäker missbruksvård. Det är ambitionen bakom utredaren Gerhard Larssons förslag i Missbruksutredningen. En av de stora förändringarna blir i en kraftig förändring av LVM-vården.

Text: Pelle Olsson © (Narkotikafrågan nr 4, 2010)

Missbruksutredningen, under ledning av **Gerhard Larsson**, presenterade i januari en analys och kartläggning av den svenska missbruks- och beroendevården. Två centrala frågor tas upp. **Vem ska ha ansvar för vad?** och **När ska tvångsinsatser användas?** Utredningen presenterar tre alternativa förslag hur ansvaret för vården ska fördelas mellan stat, kommun och landsting. Detta eftersom samordningen ofta brister och att den vårdsökande inte vet vart han ska vända sig.

I den första modellen förslaget kvarstår den nuvarande ansvarsfördelningen med kommunernas socialtjänst som huvudman för alkohol- narkomanvård medan landstinget svarar för tillnyktring, avgiftning och viss medicinskt behandling. En nyhet är att det införs en vårdgaranti som går längre än den för sjukvården i övrigt. I modell 2 samlas all missbruksvård hos kommunen utom abstinensvård på sjukhus och kriminalvård. LVM, tvångsvård, ska också stanna hos Landstinget. I modell 3 har Landstinget huvudansvaret för allt medan socialtjänsten endast sköter de sociala insatserna.

Innan de konkreta förslagen läggs fram för regeringen i november har ett 60-tal remissinstanser fått säga sitt. 31 av dessa stöder modell 1 men bara hälften av dem accepterar förslaget om vårdgaranti, bland annat Svenska narkomanvårdsförbundet som menar att det ger en förenklad förståelse för vägarna in i vården och ut ur missbruket. Bara fem remissinstanser förespråkar modell 2 med kommunen som huvudman för vården, bland annat.

Minskad tvångsvård

När det gäller tvångsvården är Gerhard Larssons utgångspunkt att missbruksvården ska vara frivillig. Endast i undantagsfall ska den bedrivas utan samtycke. Även här presenteras tre modeller. Förslag 1 innebär att nuvarande LVM med 6 månaders vårdtid behålls. Utredning och vård förbättras och skadeindikationen ändras. LVM-vård ska enbart ges till skydd för den enskilde missbrukaren. Att omgivningen skadas ska inte längre väga in. I det andra förslaget minskar vårdtiden på slutna institutioner till högst 4 veckor vilket dock kan förlängas efter ny ansökan. Det tredje förslaget innebär att LVM upphävs helt och att den psykiatriska tvångsvården

LPT utvidgas till att omfatta svårt beroendesjuka om det behövs för att rädda deras liv.

18 remissinstanser vill inte ta ställning till någon av modellerna, medan 11 tycker att LVM fungerar bra, alltså modell 1. Här finns bland annat [Socialstyrelsen](#) och SiS, [Statens institutionsstyrelse](#). Modell 2, begränsad vårdtid, står också 11 instanser bakom. 9 vill avskaffa LVM enligt modell 3, bland dem Svensk förening för beroendemedicin – som organiserar Sveriges beroendeläkare – Svenska läkaresällskapet och Psykologförbundet.

Svenska brukarföreningen vill gå ännu längre och är emot alla former av tvång.

RNS ställer sig inte bakom någon av de föreslagna modellerna utan vill se en kombination av tvång och frivillighet under som mest ett år. Det är den bristande samordningen med eftervården som är det största problemet, skriver RNS i sitt remissvar. Tiden på låst institution ska utnyttjas bättre och sedan övergå till öppen institution. Även den öppna narkomanvården bör kunna ingå i vårdtvånget. RNS är däremot helt emot att förlägga tvånget inom psykvården. På den punkten är RNS på samma linje som den drogpolitiska antagonisten [RFHL](#), Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende. Bägge organisationerna menar att beroendevård kräver särskild kompetens, .

– På många psykavdelningar saknas kunskap om beroende, säger Per Sternbeck, förbundssekreterare på RFHL. Många som varit intagna för psykiska problem berättar hur de bombats med bensodiazepiner trots att de har ett sådant beroende i botten.

Den tilltagande medikaliseringen är orsaken till att RFHL förordar kommunernas socialtjänst, inte landstingen som huvudman.

– Att bara se människan som en biologisk maskin, som det lätt blir inom sjukvården, leder fel, menar Sternbeck. Dessutom står socialtjänsten närmare klienterna vilket är särskilt viktigt när man söker hjälp för sitt beroende.

RNS ställer sig också bakom socialtjänsten som huvudman, men när det gäller tvångsvård går åsikterna isär. RFHL kan i nödfall acceptera tvång i högst 4 veckor. Per Sternbeck menar att det räcker för att en person med mycket tungt missbruk ska kunna landa och sedan själv fatta ett beslut om fortsättningen.

Han får inte medhåll av Raoul Svensson, tillförordnad föreståndare på LVM-hemmet Rebecka där man vårdar unga kvinnliga narkotikamissbrukare.

– Från början var tvånget två månader med möjlighet till förlängning med ytterligare två, men många fick återfall i missbruket därför att man inte hann få till en fungerande eftervård, säger han.

Han påpekar att LVM-vården har utvecklats under senare år. Gedignare utredningar om fortsatta insatser, så kallade § 27-placeringar – ofta öppna behandlingshem eller familjehem – har lett till färre avvikelser från de placeringarna.

En undersökning visar att hela 48 procent varit drogfria det senaste året fem år efter utskrivningen och i vårdprojektet "Ett kontrakt för livet" var sju av tio drogfria eller hade väsentligt minskat sitt missbruk 6 månader efter utskrivning.

- Beroendet är ett tvångsmässigt tillstånd i sig, säger Svensson. De flesta stannar 3-4 månader på låsta institutioner därefter går det till en annan vårdform. Att tvånget finns kvar 6 månader är ett skydd för våra tjejer så att de kan fångas upp om de faller tillbaka i missbruket.