

De mest utsatta missbrukarna glöms bort

I Missbruksutredningens slutbetänkande föreslås genom en ny lag om beroendevård att ansvaret för behandling samlas hos landstinget medan kommunen ansvarar för stöd. Kommer dessa förändringar att gynna de mest utsatta?

Missbruksutredningen har nyligen kommit med sitt slutbetänkande, bestående av en analys- och en förslagsvolym (SOU 2011:35). I den ensidiga ekonomism, som i dag tillåts styra vården är det bra att utredningen försöker tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar i syfte att uppnå en effektivare vård för missbrukare.

En ny lag om missbruks- och beroendevård (LMB) ska säkerställa att landstingen tar ansvaret för rådgivning och behandling, främst tillnyktring, abstinensvård, läkemedelsbehandling och psykosocial behandling. Kommunen har inom socialtjänsten ansvaret för rådgivning och psykosocialt stöd samt stöd till boende, sysselsättning och försörjning. Både landsting och kommuner har ett ansvar för tidiga insatser samt för utredning och planering.

Kommuner och landsting ska ingå samarbetsavtal rörande insatser för människor med problem med missbruk, beroende eller riskabelt bruk av vissa andra medel. Dessutom föreslås en förstärkt vårdgaranti för att utreda och inleda behandling senast inom 30 dagar från att vårdbehovet uppmärksammas. Genom att landstingen tar på sig ansvaret för behandling ska de genom skatteväxling få ett till-

skott på drygt 2,3 miljarder kronor från kommunerna.

Allt detta låter ju bra, men kommer de föreslagna förändringarna att gynna de mest utsatta missbrukarna situation? Det kan vara svårt att skilja på stöd och behandling speciellt när det gäller utsatta missbrukare med sammanvävda vårdbehov. Det är också risk för att skatteväxlingspengar från kommuner till landsting inte kommer de tunga missbrukarna till del.

Hur ser landstingens resurser ut för vård av missbrukare med sammanvävda vårdbehov av både social och medicinsk/psykiatrisk natur? Från slutet av 1960-talet har det skett en kraftig neddragning av psykiatriska sjukhusplatser i Sverige. Inom Stockholms läns landsting har åren 1993–2008 antalet allmänpsykiatriska slutenvårdsplatser minskat med närmare 80 procent, och antalet slutenvårdsplatser inom den vuxna beroendevården med drygt 60 procent [1].

Även inom den somatiska sjukvården, där missbrukare med olika komplikationer söker hjälp, har det skett en kraftig minskning av vårdplatser. Bland OECD-länderna låg Sverige 2009 i botten-skiktet när det gäller antalet somatiska vårdplatser i relation till befolkningen [2].

Följderna av utebliven vård kan bli hemlöshet. I Socialstyrelsens kartläggning av hemlösheten i Sverige 2005 rapporterades under vecka 17, 17 800 personer vara hemlösa, varav 62 procent hade missbruksproblem, 40 procent psykiska problem och 23 procent både missbruksproblem och psykiska problem [3]. Samsjukligheten kan uppstå hos hemlösa missbrukare som i sin utsatthet får sekundära

psykiska besvär eller hos personer med psykiska problem som blir hemlösa och börjar använda alkohol och/eller andra droger för att »överleva«.

Sambanden är komplexa. Behovet av tvångsvård inom LVM (lagen om vård av missbrukare i vissa fall) och inom LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) ökar när frivilligvårdsresurserna inte räcker till. Före LVM-institutionsintagningen hade 52 procent av de intagna 2009 egen bostad och 13 procent arbete som huvudsaklig sysselsättning [4]. LVM-vården har brister men bör finnas kvar på grund av LVM-vårdades omfattande sociala problematik. Det krävs dock en förstärkt lagstiftning med en uttrycklig rätt till kvalificerad utredning, vård och behandling under, samt fortsatta insatser och stöd efter, tvångsvården – huvudsakligen ett kommunalt ansvar.

I en tidigare diskussionspromemoria presenterade utredningen tre modeller för den framtida utformningen av tvångsvården. I den tredje föreslås att LVM upphävs och att LPT utvidgas. Endast nio av 63 tillfrågade remissinstanser förespråkar denna modell. Varför utredningen trots detta förordar modell tre, som innebär att LVM och LPT integreras och att LVM upphävs medan LPT förtydligas och utvidgas, är en gåta.

Något utredningen inte nämner är konsekvensen för missbrukarna av sjukvårdens världsmodeller, och av vårdens privatiseringar med vinstintressen som främsta drivkraft. Reformerna riskerar bland annat att medföra att tunga missbrukare med sammanvävda vårdbehov lämnas utanför vården. Dessa förändringar borde ha haft en central roll i utredningens analys och hade kanske då på-



Foto: Colourbox

Med ett allvarligt missbruk följer ofta sammanvävda vårdbehov.

verkat dess förslagsdel. Kan orsaken vara att reformerna ligger alltför nära de politiska maktavarnas domäner för att utredas?

Sammanfattningsvis: Utredningen har inte tillräckligt undersökt och uppmärksammat konsekvenserna för de mest utsatta missbrukarna av nedskärningar och reformer inom vården. LVM bör finnas kvar, men det krävs en förstärkt lagstiftning. Kommuner/stadsdelar i utsatta områden borde överväga att inrätta socialläkarteam för att bevakna tunga missbrukares och andra utsatta gruppers socialmedicinska situation [5].

Slutligen: Varför beaktas numera allt som oftast inte de mest utsatta missbrukarna och patienterna i utredningar/frågor som rör sjukvården och socialtjänsten?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Jan Halldin har som representant för en ideell förening (Convictus) deltagit i en referensgrupp (Brukargruppen) till Missbruksutredningen.*

REFERENSER

1. Halldin J. Dags att få bukt med hemlösheten i Stockholm. Läkartidningen. 2009;106:657-8.
2. Lövttrup M. Vårdplatserna fortsätter att minska. Läkartidningen. 2010;107:1456.
3. Hemlöshet i Sverige. Omfattning och karaktär. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-131-16>
4. Statens institutionsstyrelse. Personer intagna på SiS LVM-institutioner 2009. En sammanställning av DOK inskrivningsintervju. Stockholm: Statens institutionsstyrelse; 2010. Allmän SiS-rapport 2010:7.
5. Halldin J. Inrätta socialläkarteam i utsatta områden. Läkartidningen. 2008;105:2032-3.



JAN HALLDIN
leg läkare, med dr,
Danderyd
jan.halldin@gmail.com