

Intresset var stort och frågorna var många när SIKTA bjöd in till föredrag och diskussion kring missbruksutredningen.

Över 300 personer från Skånes missbruks- och beroendevård samlades på eftermiddagen den 13 maj i Jubileumsaulan, SUS Malmö, för att lyssna till Regeringens särskilde utredare Gerhard Larssons presentation av missbruksutredningens förslag.

Vi har tyvärr inte möjlighet att lämna ut Gerhard Larssons PowerPoint.

Här kommer en sammanställning av det han berättade och de frågor han fick från publiken.



Missbruksutredningens förslag

Gerhard Larsson gick igenom de åtta reformområden som han i utredningens slutbetänkande överlämnade till Maria Larsson på Socialdepartementet den 27:e april 2011.

Besök [missbruksutredningens hemsida](#) för att ta del av forskningsunderlaget och slutbetänkandet i sin helhet. Den tryckta versionen av slutbetänkandet går att beställa [här](#).

Remissvaren kommer begäras in till den 15:e oktober 2011.

Det är med hjälp av följande förslag till reformer som missbruksutredningen vill utveckla svensk missbruks- och beroendevård:

- Tidig upptäckt och kort intervention. Genom att tidigt identifiera och internera mot riskbruk kan utvecklingen av missbruk och beroende förhindras.
- Tydligare ansvar för effektivare vård. Genom att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar, och normalisera ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen, förbättras vård- och stödprocessen för den enskilde och vårdens effektivitet kan öka.
- Stärkt ställning för individen. Genom att stärka den enskildes ställning tas den enskildes motivation och erfarenheter bättre tillvara i planeringen, genomförandet och utvecklingen av vården. Motivation är en avgörande framgångsfaktor för att vården ska ge resultat.
- Bättre kvalitet, kunskap och kompetens. Genom utvecklade system för kvalitetssäkring, forskning och kunskapspridning samt kompetensutveckling läggs grunden för en mer kunskapsbaserad vård.
- Vård utan samtycke. Genom att förbättra behandlingsinnehållet, vårdens form och kopplingen till efterföljande frivillig vård skapas förutsättningar för en mer effektiv och rättssäker tvångsvård.
- Polisens och kriminalvårdens roll. Genom att utveckla polisens och kriminalvårdens insatser för personer med missbruk eller beroende förbättras samverkan kring personer som är föremål för insatser från landstinget, kommunen, polisen och kriminalvården.
- Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen. Genom att stödja arbetsgivarens arbete med att förebygga riskbruk, missbruk och beroende samt förbättra tillgängligheten till insatser inom arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen förbättras möjligheterna till bibehållen anställning och rehabilitering till arbete.

Om barn- och ungdomsvården säger utredningen att kommunerna och landstinget tillsammans bör tillhandahålla ett lokalt basutbud av behandlings- och stödinsatser. I varje landsting bör det finnas möjlighet att hänvisa komplicerade fall för utredning och behandling till den specialiserade vården. Han föreslår också att dessa verksamheter ska främjas genom ett särskilt statligt stimulansbidrag.



Diskussion med publiken

När Gerhard Larsson hade avslutat sin presentation återstod en timme till frågor.

Här följer ett axplock av de frågeställningar som kom upp:

Hur det blir med möjligheten att överklaga sitt vårdbeslut om behandlingsansvaret övergår till landstinget från socialtjänsten?

Hur ser utredningen till att en målgrupp som alltid varit politiskt lågprioriterad från och med nu ska prioriteras högre?

Kan man lagstifta om bemötande?

Varför vill man överföra tvångsvården till landstinget? För ett antal år sedan fick Statens Institutionsstyrelse, SiS ta över från landstinget för att det inte fungerade.

Gerhard Larsson berömdes för sitt förslag om att kommunerna och landstinget tillsammans bör tillhandahålla tvärprofessionella basenheter inom ungdomsvården – berömmet följdes av ***frågan om varför han inte föreslår samma sak för vården av vuxna med missbruks- och beroendeproblem.***

Eftervården är idag ofta sammanlänkad med behandling – socialtjänsten bygger in det i vårdkedjan. ***Vem tar ansvar för vårdkedjan framöver?***

LPT har ingen övre tidsgräns och riskerar därför att bli längre än LVM som har en tidsgräns. ***Kommer omprövningstiden i LPT att förändras?***

För att LVM ska kunna tillämpas krävs ett fortgående missbruk, det kräver inte LPT. ***Kan inte det leda till en utvidgning av tvånget?***

När vården nu ska ges genom hälso- och sjukvårdslagen så har de personer som inte är bofasta/ skrivna i ett landsting ingen rätt till vård, hur har man tänkt kring det?

LOB – polisen ska istället för att köra till arresten överlämna den som blivit omhändertagen till hälso- och sjukvården för tillnyktring. Upphör inte omhändertagandet när polisen har lämnat personen? Hur bra har tillnyktringsenheter fungerat?

Finns det inte en risk att vi tappar fart i det utvecklingsarbete som pågår eftersom en skatteväxling är väldigt tidskrävande?

Hur ser du på risken att sjukvården "medicinerar" upp (behandlar) och sen "levererar" till kommunen för stöd + boende + sysselsättning?

Hur kommer den privata sektorn att påverkas?

Var landar barn och unga i detta?

När det gäller att kommunen ska ta initiativ att initiera behov av samtidiga insatser har vi idag från kommunens sida svårigheter att få gehör för detta från sjukvården. Hur ska detta samarbete kunna förbättras bedömer du?

I socialtjänsten ser vi en grupp klienter, en ganska stor grupp, som vi har långa kontakter med av både stödjande- och förändringskaraktär. Dessa personer har ofta bara punktvisa kontakter med sjukvården, där de ofta "straffat ut" sig från avgiftningar m.m. Vad tänker du ska hända med dem, vem ska de vända sig till om missbruksvården lyfts bort från socialtjänsten?

Kommunens yttersta ansvar om landstingen inte "sköter" sitt uppdrag/ansvar med behandling. Jämför med underhållsbehandling som kommunerna "tvingats" ge sig in i.

Hur blir det med möjligheten att överklaga avslagsbeslut avseende vård?

Hur ska lagstiftaren förmå landsting/regioner att prioritera ett lågprioriterat område?

Beroendesjukvården har brist på personal redan idag, hur ska statusen höjas?

Finns det inte en uppenbar risk att beroendet "botas" medicinskt (pga bristande personal och ekonomi)?

Vill du berätta lite om det förväntade tidsperspektivet gällande förändringen och besluten?

Spelberoende! Hur kommer det sig att det inte nämns överhuvudtaget i utredningen?

Hur uppmärksammar vi missbrukarnas barn? Vem ser barnen?

Om sjukvården och socialtjänsten har delat ansvar för att utreda vårdbehov – hur ser du på risken för olika bedömningar/olika beslut? Rättssäkerheten för den enskilde i det?