

Byt ut straff mot hjälp

Sverige kriminaliserar människor med sjukdomen beroende!

Gör vården human och därmed mera effektiv. Bygg på tillgänglighet. Eftersträva integrering i stället för marginalisering.

Text: Alec Carlberg | [Prenumerera](#) | Debatt i [SocialPolitik nr 2 2013](#)

Regeringen har i vår överlämnat en proposition till riksdagen, utifrån [Missbruksutredningens slutbetänkande \(SOU 2011:35\)](#). I de stora och kontroversiella frågorna har regeringen inte lyssnat på sin enmansutredare **Gerhard Larsson** (se t ex intervju i SocialPolitik nr 1/2011).

Gerhard Larsson föreslog ett 70-tal förändringar och tillägg till den nu rådande ordningen inom beroendevården.

Utredningens arbete var ambitiöst med flera omfattande delrapporter, som alla andades en befriande avsaknad av den annars så gängse moraliserande ton över människor som är beroende av illegal narkotika, de som föraktfullt brukar kallas "knarkare". Avsaknaden av moralistiska inslag märktes inte minst i de kritiska skrivningarna om hur läkemedelsassisterad metadon- och suboxonebehandlingen på alltför många orter inte erbjuds opiatberoende människor. Eller att det på andra mottagningar finns ett strafftänkande som utesluter eller avhyser patienten från livsuppehållande vård. Ytterligare ett positivt förslag är den lagstadgade skyldighet att upprätta samarbetsavtal i vårdfrågor mellan landsting och kommuner.

Den allvarligaste kritiken mot Missbruksutredningen från brukarorganisationer är utredningens försök att bedöma missbrukets omfattning och uppskattning av antal personer. Man har bara sett till antalet och inte till de olika och

specifika behov som personer med missbruksproblem har. Utredningen har uppskattat antalet personer med olika grad av riskbruk, missbruk och beroende av alkohol till 900 000 personer. Av dessa anses 330 000 vara beroende av alkohol. Men man bortser från att dessa 330 000 kan ha helt olika livssituationer som kräver differentierade vård- och rehabiliteringsinsatser. En hyfsat väletablerad medelklassperson med en destruktiv alkoholkonsumtion och medföljande medicinska skador behöver inte en likartad vård och stöd som en hemlös, tandlös och totalt utslagen person med alkoholmissbruk. Det är två olika världar. Den beroende "medelklassaren" vet vad som gäller i det etablerade samhället för att både respektera sig själv och bli respekterad av sin omgivning. Den utslagne missbrukaren har däremot aldrig haft, eller har förlorat förmågan och tilltron till självrespekt och att bli accepterad av det "normala" samhället.

En kvalificerad uppskattning av antalet tungt utslagna och marginaliserade hamnar i stället kring 100 000 personer, oberoende av preparat, alkohol och/eller illegal narkotika. De behöver ofta någon form av medicinsk behandling för olika fysiska åkommor och för sitt missbruk. Men enbart medicinering räcker inte.

Kännetecknande för den mest utslagne med ett tungt missbruk är förutom att han/hon inte bara saknar till exempel bostad, arbete, fysisk hälsa, tänder, utan också ett socialt nätverk – förutom sina gelikar i en kaotisk missbruksvärld. En utslagen alkohol- och/eller narkotikamissbrukare är livrädd för vardagssamhället när hon/han inte är full eller drogpåverkad. Denna *utslagenhetens vardag* måste vara utgångspunkten för varje rehabilitering mot ett bättre liv – på det sätt som personen själv definierar "ett bättre liv".

I en sådan *egenmaktsresa* är medicinering bara en av flera viktiga komponenter. Viktigast för ett bestående bättre liv är att den utslagne personen får möjlighet till en rehabilitering som hon/han själv tror på och därmed också tvingas rannsaka

sig själv. Är det här vad jag verkligen vill? Är det mitt eget beslut, eller gör jag det för att någon annan trycker på, som barn, partner, föräldrar eller socialtjänst? Den egna viljan och det egna beslutet är grunden för personliga egenmaktsresor.

Utredningen har haft ett gediget medicinskt perspektiv på missbruk och beroende. Det har också lett dem till en misstro mot socialtjänstens kunskaper och möjligheter att erbjuda en bra och effektiv vård och rehabilitering. Utifrån detta har utredningen med en "medicinsk logik" hamnat i förslaget att hälso- och sjukvården i landstings regi ska ta över ansvaret för missbrukarvården. Motståndet mot just detta har varit massivt – om man bortser från dem som talar i egen sak, det vill säga framförallt hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Regeringen säger i sin proposition också nej till detta förslag.

Hälso- och sjukvården har redan idag ett ansvar, inte minst primärvården där läkarna ska förhöra sig om patienternas alkoholvanor även om patienten uppsöker vårdcentralen för andra medicinska problem. Upptäcks bekymmersam alkoholkonsumtion ska läkare erbjuda och remittera patienten till medicinsk specialistvård.

Däremot är det sällsynt att en utslagen missbrukare självmant uppsöker primärvården. Till akutsjukvården förs förvirrade personer med alkoholpsykoser eller som överdoserat narkotika och håller på att dö. Sjukvården har inget uppsökande uppdrag eller ansvar. Ur patientens synpunkt är dessutom rättsskyddet inom sjukvården i det närmaste obefintligt i jämförelse med klientens möjlighet att överklaga socialtjänstens olika beslut.

Socialtjänsten har däremot ett uppsökande uppdrag – att försöka hitta och hjälpa personer med svåra missbruksproblem. Till socialtjänsten kommer socialt utslagna för att söka försörjningsstöd eller för att de är aktuella i andra ärenden.

Beroendevården har varit och är ovanligt modekänslig. Vård-

och rehabiliteringstrender kommer och går. I ljuset av dagens medikaliseringstrend är det lätt att förstå önskan att sätta diagnoser på människor med beroendeproblem. Särskilt tydligt är hur fler och fler auktoriteter hävdar att personer med beroendeproblematik också ska etiketteras med psykiatriska diagnoser, så kallat *samsjukliga*.

Utredningen bollar med siffror om att mellan 30 och 60 procent skulle vara samsjukliga. Andra undersökningar, både svenska och internationella, talar om en samsjuklighet någonstans mellan 25 och 30 procent. Med sina egna siffror i ryggen föreslår utredningen att tvångsvården ska föras till psykiatrin istället för dagens statliga LVM tvång (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall). Vad skulle det innebära om sjukvårdens tvångslagstiftning LPT (Lag om psykiatrisk tvångsvård) infördes i stället? Exempelvis kan ett psykiatriskt tvångsbeslut inte överklagas av patienten. Ingenstans i Hälsö och sjukvårdslagen (inklusive LPT) finns den personliga överklaganderätten. Till skillnad från socialtjänstens LVM-beslut.

Psykiatrin har, både dagens vård och historiskt sett, varit minst sagt negativ till att ta emot människor med både missbruks- och psykiatriska problem. Det är inte ovanligt att psykvårdens besked är att först ska klienten/patienten vara drogfri innan hon/han kan bli aktuell för vård inom psykiatrin.

Patientens rättsäkerhet skulle ytterligare minska genom möjligheten till så kallat *öppenvårdstvång*. Enligt LPT kan en person vårdas mot sin vilja under mycket långa perioder även om han/hon inte behöver befinna sig på institution. Den tvångsvårdade kan få olika restriktioner, som att vara hemma och ta emot psykiatripersonal en viss dag i veckan, inte befinna sig på vissa platser, regelbundet ta vissa mediciner etc. Följs inte detta kan patienten återföras till institutionen.

Tvång är tvång även om det utövas utanför tvångsinstitution. Fördelen med LVM i förhållande till LPT är att LVM har en

maxgräns på sex månader för hur länge tvång får användas. Därför avvisar klientrörelsen krav på att LPT ska ersätta LVM – utan att för den skull romantisera LVM-tvånget. Det behöver reformeras i grunden. Regeringen avvisar också förslaget om att skifta huvudmannaskapet från statens LVM till landstingens LPT.

LVM är en dålig insats både till innehåll och i sak. Istället för att tala om vård mot klienternas vilja borde LVM handla om ett *akuttvång*, det vill säga en kort tillfällig akut insats för att hindra någon från att exempelvis ta livet av sig när missbruket har lett till en förlorad verklighetsuppfattning, det vill säga ett psykotiskt tillstånd. Längden på ett akuttvång skulle kunna begränsas till max en månad. Ingen blir nykter eller varaktigt drogfri mot sin vilja. Tvärtom riskerar det ofta innehållslösa tvånget att skapa en frustration och djup motvilja mot allt vad vård heter.

FN:s inställning i tvångsfrågan är glasklar, vilket tyvärr inte gäller den svenska staten:

"Behandling av drogberoende utan patientens medgivande kan bara anses vara ett sista hands alternativ som bara kan övervägas i vissa mycket allvarliga, korta och akuta situationer och måste då följa samma etiska och vetenskapliga krav som vård på frivillig grund. Övergrepp på mänskliga rättigheter i "vårdens" namn är inte i överensstämmelse med detta synsätt."

(Treating drug dependence through health care, not punishment, Vienna 2009, Antonio Maria Costa, fd chef, UNODC)

Det är uppseendeväckande att Missbruksutredningen lyckats undgå frågan om vad kriminaliseringen av narkotikamissbrukaren innebär och får för konsekvenser för synsätt och behandling av enskilda individer. Kriminaliseringen blir än mer absurd eftersom beroende är klassat som en sjukdom. Sverige kriminaliserar människor med sjukdomen beroende! Att de är så får tillskrivas den repressiva narkotikapolitiken som har

förts i flera decennier. Idén bygger på tanken att ju svårare samhället gör det för missbrukare desto snabbare kommer de till insikt om att de måste upphöra med missbruket och söka vård. Problemet är att kriminaliseringen ytterligare förstärker utanförskapet.

Istället för att tillämpa en marginaliseringsstrategi som stöter bort missbrukaren, bör en integrationsstrategi tillämpas. Det innebär att finnas tillgänglig när missbrukaren söker hjälp utan olika former av moraliserande strafftänkande.

Utan tvekan finns det också ljuspunkter på den narkotikapolitiska himlen. Allt fler åklagare uttrycker sitt missnöje med hur narkotikalagstiftningen på ett orimligt sätt drabbar enskilda narkotikaberoende personer, som inte kan eller ska behandlas som den organiserade narkotikabrottsligheten. Allt flera skribenter och krönikörer ifrågasätter jakten på enskilda missbrukare. Allt flera ifrågasätter varför det inte finns läkemedelsassisterad behandling i hela landet. Allt fler talar om vikten av brukarinflytande även för klienter inom socialtjänstens missbrukarvård.

Men det är långt kvar till en humanare och därmed också effektivare missbrukarvård.

alecalec[at]bredband.net

Alec Carlberg är ordförande [Rainbow – klientrörelsens paraplyorganisation](#) samt hedersdoktor vid Lunds universitet.

Läs vidare

Intervju med [Gerhard Larsson, regeringens utredare ur SocialPolitik nr 1/2011](#).