



PM 2010:39 RVII (Dnr 001-160/2010)

## **Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården (S 2008:4)**

**Remiss från Socialdepartementet**

Borgarrådsberedningen föreslår att kommunstyrelsen beslutar följande  
Som svar på remissen ”Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården” (S 2008:4) överlämnas och återopas vad som anförs i denna promemoria.

**Föredragande borgarrådet Ulf Kristersson** anför följande.

### *Ärendet*

Missbruksutredningen gör på regeringens uppdrag en samlad översyn av den svenska missbruks- och beroendevården. Ett slutbetänkande ska överlämnas till regeringen i november 2010.

Utredningen har gjort en analys av den svenska missbruks- och beroendevården och anser att den visar på positiva inslag i form av bland annat engagerad personal, ökat intresse för kunskapsbaserade metoder, exempel på framgångsrika lokala och regionala samverkanslösningar, nationella riktlinjer som håller på att implementeras i landet samt en relativt stor andel aktiva privata vårdgivare. Utredningen lyfter också fram ett antal problemområden. Dessa handlar om individens ställning och tillgänglighet till vården, kompetens och kvalitet, ansvar och huvudmannaskap samt vård och behandling under tvång.

Syftet med föreliggande promemoria är att inleda en diskussion om framförallt följande centrala utvecklingsområden:

1. Kommunernas och landstingens framtida ansvar för missbruks- och beroendevården samt ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen.
2. Tvångsvårdens roll och funktion i vårdkedjan för personer med missbruk och beroende.

### *Beredning*

Ärendet har remitterats till stadsledningskontoret och socialtjänst- och arbetsmarknadsnämnden. Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningen har inkommit med ett förvaltningsyttrande på grund av kort remisstid.

### *Mina synpunkter*

Jag ger stöd till utredningens problembild och den bakgrundsbeskrivning som identifierar relevanta problem med dagens missbruks- och beroendevård. Däremot önskar jag en tydligare analys av brukarperspektivet. Jag anser också att det är olyckligt att utredningen helt saknar en kartläggning av de organisations- och samverkansformer som har utvecklats under de senaste åren.

Utredningen bedömer att det finns en rad problem med det nuvarande delade ansvaret mellan främst landsting och kommun vilket anses motivera en förändring av huvudmannens ansvar. Min uppfattning är att en förändring av huvudmannaskapet för missbruks- och beroendevården inte nödvändigtvis löser problemen med en tydlig ansvarsfördelning. Stockholms stad har idag en relativt väl utbyggd samverkan mellan socialtjänsten och landstingets beroendevård med gemensamma lokala beroendemottagningar, en gemensam beroendevårdsstruktur och gemensam beroendepolicy. Samtidigt är en gemensam hemlöshetsklinik som involverar landstingets beroendevård, uppsökande psykiatri, somatiska vård och tandvård samt Stockholms stads uppsökande verksamhet och enhet för hemlösa under uppbyggnad.

Det behövs kompetensutveckling samt implementering av evidensbaserade metoder i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer för missbrukar- och beroendevården. Stockholmsmodellen visar att man kan utveckla väl fungerande vårdkedjor oavsett huvudmannaskap.

Mot bakgrund av det arbete som görs inom Stockholms stad anser jag att utredningen bör fokusera på att ytterligare förtydliga och dra tydliga ansvarsgränser samt främja olika former av samverkan inom den rådande modellen.

Jag håller med utredningen om att det idag finns brister som kan försvaga möjligheterna till rehabilitering. Det är däremot svårt att ta ställning till tvångsvårdens roll och funktion i vårdkedjan innan frågan om huvudmannaskap får sin lösning. Jag ställer mig positiv till modell ett där socialtjänsten bland annat beslutar om utskrivning från LVM-vård vilket förtydligar kommunens ansvar för den enskilde både under tvångsvården och i den fortsatta vården. Modellen ger även individen uttrycklig rätt till en kvalificerad utredning. Här är det dock ett motsägelsefullt krav att utredningen vill korta utredningstiden från dagens 14 dagar. Jag ställer mig också positiv till förslaget i modell 2 som säger att vårdtiden på LVM-hemmet får pågå högst fyra veckor efter ansökan hos länsrätten och att socialnämnden kan ansöka om förlängning av vården, antingen genom slutna tvångsvård eller som öppen tvångsvård med särskilda villkor.

Jag är tveksam till promemorians beskrivning att det är en nackdel att rådgivning i alkohol- och narkotikafrågor inte är biståndsbedömda insatser inom socialtjänsten. Jag menar, liksom socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningen i sitt tjänsteutlåtande, att det är en viktig del av arbetet med att försöka nå personer med riskbruk eller begynnande missbruksproblem i ett så tidigt skede som möjligt samt att stödet är lättillgängligt.

Vidare delar jag socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningens uppfattning att abstinensbehandling bör vara ett ansvar för landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.

Avslutningsvis anser jag att det finns nackdelar med att separera missbruksinsatserna från andra insatser som den enskilde samtidigt kan vara i behov av såsom försörjningsstöd eller insatser till familjen.

Jag föreslår att borgarrådsberedningen föreslår att kommunstyrelsen beslutar följande

Som svar på remissen ”Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården” (S 2008:4) överlämnas och åberopas vad som anförs i denna promemoria.

Stockholm den 18 mars 2010

ULF KRISTERSSON

### *Bilaga*

Bättre stöd och vård för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården, sammanfattning

**Borgarrådsberedningen** tillstyrker föredragande borgarrådets förslag.

**Reservation** anfördes av borgarråden *Roger Mogert* (s) och *Ann-Margarethe Livh* (v) enligt följande.

Vi föreslår borgarrådsberedningen föreslå kommunstyrelsen besluta att

1. I huvudsak bifalla föredragande borgarrådets förslag till beslut.
2. Därutöver vill vi framföra följande.

Missbruksutredningens remittering av diskussionspromemorian är ett bra sätt att ta in synpunkter från kommunerna och öka möjligheterna till en god förankring av de förslag som kommer att läggas i slutbetänkandet. SKL har lämnat ett yttrande som vi står bakom, och vi vill särskilt betona följande.

I det kommande arbetet bör en bakgrundsbeskrivning av riskbruket och en redovisning av primärvårdens arbete lyftas in, eftersom det är viktiga områden i det förebyggande arbetet och i arbetet med att nå högkonsumer.

Vi efterlyser även ett konsekvent brukarperspektiv, vilket är rimligt eftersom frivilligheten är utgångspunkter för hela utredningen.

Utredningen har inga trovärdiga argument för att ändra huvudmannskapet och vi förordar därför den inriktning som skissas i modell 1 a, kompletterat med ett förtydligande av huvudmännens ansvar för centrala funktioner i vårdkedjan. Vi motsätter oss att kommunernas möjlighet att erbjuda insatser utan biståndsbedömning begränsas. Tillgänglighet till rådgivning är viktigt för att nå personer med riskbruk och behöver snarare byggas ut.

När det gäller vård och behandling under tvång förordar vi en kombination av de förslag som presenteras i modell 1 och 2. Frågan om att ta bort närståendeskyddet i LVM måste utredas ytterligare utifrån ett barnperspektiv. Även utredningstidens längd måste utredas noggrannare, eftersom föreslagna fyra veckor i många fall är en för kort tid.

Utöver det som står i SKL:s yttrande anser vi att det är oacceptabelt att genusperspektivet inte syns inte i diskussionspromemorian. Kvinnors rätt till vård måste synliggöras i den manligt dominerade missbruksvården bland annat genom att all statistik är könsuppdelad.

## **Kommunstyrelsen**

**Reservation** anfördes av *Carin Jämtin, Roger Mogert, Tomas Rudin och Teres Lindberg* (alla s) och *Ann-Margarethe Livh* (v) med hänvisning till reservationen av (s) och (v) i borgarrådsberedningen.

Det antecknades till protokollet att miljöpartiet lämnar ärendet utan eget ställningstagande.

## ÄRENDET

Missbruksutredningen gör på regeringens uppdrag en samlad översyn av den svenska missbruks- och beroendevården. Ett slutbetänkande ska överlämnas till regeringen i november 2010.

Utredningen har gjort en analys av den svenska missbruks- och beroendevården och anser att den visar på positiva inslag i form av bland annat engagerad personal, ökat intresse för kunskapsbaserade metoder, exempel på framgångsrika lokala och regionala samverkanslösningar, nationella riktlinjer som håller på att implementeras i landet samt en relativt stor andel aktiva privata vårdgivare. Utredningen lyfter också fram ett antal problemområden. Dessa handlar om individens ställning och tillgänglighet till vården, kompetens och kvalitet, ansvar och huvudmannaskap samt vård och behandling under tvång.

Syftet med föreliggande promemoria är att inleda en diskussion om framförallt följande centrala utvecklingsområden:

1. Kommunernas och landstingens framtida ansvar för missbruks- och beroendevården samt ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen.
2. Tvångsvårdens roll och funktion i vårdkedjan för personer med missbruk och beroende.

## BEREDNING

Ärendet har remitterats till stadsledningskontoret och socialtjänst- och arbetsmarknadsnämnden. Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningen har inkommit med ett kontorsyttrande.

### **Stadsledningskontoret**

**Stadsledningskontorets** tjänsteutlåtande daterat den 24 februari 2010 har i huvudsak följande lydelse.

Stadsledningskontoret ger stöd till utredningens problembild och bakgrundsbeskrivning som identifierat ett antal problem som finns i dag och som kan grupperas inom fyra områden: individens ställning och tillgängligheten till vården, kompetens och kvalitet, ansvar och huvudmannaskap samt vård och behandling under tvång.

Stadsledningskontoret anser att utredningens avsiktsförklaring att stärka individens ställning och förbättra tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser för personer med missbruk eller beroende är bra och att det dessutom poängteras att vården i huvudsak ska vara frivillig.

#### **Ansvarsmodeller för bättre vård och stöd**

Utredningens första stora fråga gäller kommunernas och landstingens framtida ansvar för missbruks- och beroendevården samt ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen.

Stadsledningskontoret tycker att Stockholms stad har en relativt väl utbyggd samverkan mellan psykiatrin inom landstinget och socialtjänsten med gemensam beroendevårdsstruktur och gemensam beroendepolicy och förordar inte en ändring av huvudmannaskapsgränserna i nuläget. Stadsledningskontoret förordar därför utredningens första modell som innebär fortsatt delat ansvar för missbruks- och beroendevården mellan kommunen som huvudman för socialtjänsten och landstinget som huvudman för hälso- och sjukvården, men att behovet av ett eventuellt tydligare lagreglerat ansvar för de centrala funktionerna i vårdkedjan utreds. Denna modell ansluter också till huvudmännens nuvarande kompetenser. Hälso- och sjukvårdens behandlingsansvar behöver dock ytterligare förtydligas. Detta gäller framför allt om

tanken är att det i landstingets behandlingsansvar ska ingå tillgång till psykolog för den enskilde. Idag finns det mycket olika uppfattningar om vilket ansvar landstinget har beträffande behandlingsdelen, både vad gäller vilka insatser som ingår och vilka grupper som kan få ta del av dessa.

Stadsledningskontoret anser att utredningen bör prioritera arbetet med att ytterligare förtydliga och dra klara ansvarsgränser samt främja olika former av samverkan. Stadsledningskontoret tycker att utredningen ska kartlägga och lyfta fram utvecklingsarbeten kring samverkanslösningar.

Stadsledningskontoret anser också att de sekretessbrytande bestämmelserna som finns i 25 kap 12 § och 26 kap 9 § i offentlighets- och sekretesslagen som ger hälso- och sjukvården och socialtjänsten möjlighet att överlämna information om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård för fortgående missbruk inte används i tillräcklig utsträckning för att underlätta nödvändig samverkan inom landstinget och kommunerna och mellan de båda huvudmännen. Denna möjlighet behöver belysas närmare i det fortsatta arbetet.

Stadsledningskontoret anser gällande modell 2 att det finns nackdelar inte minst genom att kommunen förslås ansvara för dels tillnyktring, dels behandling. Beträffande tillnyktringsansvar finnas det anledning att peka på att det i samband med tillnyktring kan behövas medicinska insatser, och att det också i detta samband kan uppmärksammas behov av andra insatser från hälso- och sjukvården eller psykiatrin och att tillnyktring därför kan behöva ske i nära anslutning till hälso- och sjukvård. Det är viktigt att det finns personal som har kompetens att uppmärksamma vårdbehov och att överslussning till vårdavdelningar underlättas.

#### **Tvångsmodeller för att stärka individens ställning**

Stadsledningskontoret anser att det är en förutsättning att huvudmannaskapsfrågan löses innan utredningens andra stora fråga om tvångsvårdens roll och funktion i vårdkedjan för personer med missbruk eller beroende definitivt kan fastställas.

Utredningen beskriver tre tvångsmodeller för att stärka individens ställning inom tvångsvården. Stadsledningskontoret förordar den första modellen där socialnämnden bl.a. beslutar om utskrivning från LVM-vård vilket förtydligar kommunens ansvar för den enskilde både under tvångsvården och i den fortsatta vården. Denna modell medför också att kommunen ges större möjligheter att påverka och ha överblick över framtida kostnader. Modellen ger även individen uttrycklig rätt till kvalificerad utredning, framför allt psykiatrisk, samt vård och behandling under tvångsvården. Stadsledningskontoret menar att utredningens intentioner om rätten till kvalificerad utredning är bra men att det är motsägelsefullt när krav på kvalificerad utredning ska kombineras med kortare utredningstid.

Stadsledningskontoret anser också att det är viktigt med analys utifrån ett brukarperspektiv vilket inte finns i tillräcklig omfattning i promemorian.

Stadsledningskontoret anser att diskussionspromemorian ”Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården” är besvarad med hänvisning till vad som sägs i detta tjänsteutlåtande.

## **Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningen**

**Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningens** förvaltningsyttrande daterat den 19 februari 2010 har i huvudsak följande lydelse.

#### *Allmänna synpunkter*

Förvaltningen anser att promemorian ger en gedigen och i stort en relevant beskrivning av missbruksläget i landet. När det gäller innehållet i utredningen i övrigt anser förvaltningen att den i alltför stor utsträckning betonar det medicinska perspektivet i missbrukarvården medan socialtjänstperspektivet är mer styvmoderligt behandlat. Förvaltningen håller med utredningen om att det finns betydande otydigheter när det gäller kommunens och lands-

tingets ansvar för olika delar i vårdkedjan, men saknar en kartläggning av de organisations- och samverkansformer som trots allt utvecklats mellan huvudmännen under de senare åren. Därutöver saknar förvaltningen ett resonemang om insatser till ungdomar och unga vuxna med missbruksproblem och hur ansvaret för dessa grupper ska regleras. Diskussioner om vilka ekonomiska konsekvenser eventuella förändringar av huvudmannaskap och tvångsvårdslagstiftning skulle få för huvudmännen saknas helt.

Förvaltningen ställer sig frågande till promemorians uppfattning att det är en nackdel att rådgivning i alkohol- och narkotikafrågor inte är biståndsbedömda insatser inom socialtjänsten. Förvaltningen anser att sådan rådgivning utgör en viktig del i arbetet med att försöka nå personer med riskbruk eller begynnande missbruksproblem i ett så tidigt skede som möjligt. Om sådana insatser skulle biståndsbedömas skulle detta rimma dåligt med utredningens och de nationella riktlinjernas syn på behovet av tidig intervention och lättillgängliga vård- och behandlingsinsatser.

Tillnyktring liksom abstinensbehandling bör enligt förvaltningen vara ett ansvar för landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. I Stockholms län ansvarar landstinget för dessa frågor och förvaltningen ser ingen anledning att förändra denna ansvarsfördelning.

#### *Huvudmannaskap*

När det gäller huvudmannaskapsfrågan anser förvaltningen att en förändring av huvudmannaskapet för missbruks- och beroendevården inte löser problemen med otydlig ansvarsfördelning. I modell 3 föreslås att ansvaret för missbruks- och beroendevården övergår till landstinget. Detta skulle innebära att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen blir jämförbar med den som gäller för insatser till psykiskt funktionshindrade, dvs. att kommunen har ansvar för omvårdnad, boende, sysselsättning och försörjning medan landstinget ansvarar för vård- och behandlingsinsatser. Även vid denna fördelning finns oklarheter kring när den ene huvudmannens ansvar slutar och den andres ansvar tar vid med tvister kring t.ex. kostnadsfördelning som följd. Enligt förvaltningens bedömning finns det stor risk att ett förändrat huvudmannaskap leder till nya diskussioner kring ansvarsfrågan.

Förvaltningen anser inte heller att modell 2, dvs. att ansvaret övergår till kommunen, skulle lösa dagens problem. Om kommunen ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med missbruks- och beroendeproblematik finns stor risk att det uppstår nya gränsdragningsproblem gentemot andra grenar inom hälso- och sjukvården, t.ex. primärvården och den psykiatriska vården. Ett kommunalt ansvar för hälso- och sjukvård skulle dessutom inte följa normaliseringsprincipen.

I Stockholms län finns sedan lång tid tillbaka ett utvecklat samarbete mellan kommunerna och landstingets beroendevård, bl.a. i form av gemensamma lokala beroendemottagningar där beroendevårdens och socialtjänstens personal sitter tillsammans i gemensamma lokaler och har ett dagligt samarbete kring gemensamma klienter/patienter utifrån sina respektive ansvarsområden. Vid vissa mottagningar finns även psykiatri representerad. Lokala samverkansöverenskommelser finns mellan socialtjänsten och landstingets beroendevård, psykiatri och primärvård. En gemensam "hemlöshetsklinik" som involverar landstingets beroendevård, uppsökande psykiatri, somatiska vård, tandvård och Stockholms stads uppsökande verksamhet och enhet för hemlösa är under uppbyggnad.

Sedan 1998 finns ett gemensamt policydokument för landstingets och länets kommuners missbruks- och beroendevård. Det nuvarande policydokumentet från 2008/ 2009 berör såväl förebyggande arbete som vård och behandlingsinsatser och involverar till viss del även kriminalvården. Fungerande samverkan mellan beroendevården och kriminalvården finns t.ex. i ITOK (Integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter) och RPÖV (Rättspsykiatrisk öppenvård) och där socialtjänsten finns med som en viktig samverkanspartner.

Enligt förvaltningen finns stor risk att en förändring av huvudmannaskapsfrågan skulle försvåra den utveckling av samverkan som skett i länet under senare år. Förvaltningen är dock väl medveten om att det förekommer brister även i dagens samverkan och anser att den behöver fortsätta att utvecklas. Oklarheter kring vad som ingår i begreppet behandling och

vilken huvudman som ska ansvara för olika typer av vård- och behandlingsinsatser i främst öppenvård förekommer. T.ex. bedrivs återfallsprevention, anhörigarbete och haschavvänjningsprogram etc. idag i såväl kommunens som landstingets regi. Ett förtydligande i lagstiftningen av huvudmännens ansvar för olika frågor är viktigt. Det är också viktigt att reglera samarbetet utifrån de tillägg som gjorts i SoL och HSL gällande gemensamma individuella planer för personer med behov av insatser från båda huvudmännen.

Sedan några år tillbaka pågår en omfattande kunskapsutveckling inom missbruks- området, en kunskapsutveckling som i hög grad berör kommunens anställda och de kommunala verksamheterna inom området. Ett exempel på detta är SKL:s pågående projekt ”Kunskap till praktik” som syftar till att inom landsting och kommuner implementera evidensbaserade metoder och kunskapsbaserade arbetssätt utifrån socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Projektet bygger på omfattande samverkan mellan huvudmännen och det är viktigt att erfarenheterna från det arbetet tas tillvara. Enligt förvaltningen kan det finnas en risk att implementeringen försvåras om en huvudmannaskapsförändring genomförs.

Förvaltningen håller med utredningen om att det är viktigt att den enskilde får tillgång till utredning och bedömning i rimlig tid men är tveksam till en vårdgaranti utifrån den föreslagna modellen i promemorian. Enligt bestämmelser i 11 kap 1 § socialtjänstlagen ska socialnämnden utan dröjsmål inleda utredning av det som kommit till nämndens kännedom till följd av ansökan, anmälan eller på annat sätt och som kan föranleda åtgärder från nämndens sida. Hur lång tid en utredning som gäller vuxna får pågå är inte reglerat i SoL eller LVM. Utredningstidens längd varierar beroende på ärendets omfattning och komplexitet. I många fall innefattar utredningstiden även omfattande motivationsarbete för att förmå den enskilde att ta emot nödvändig vård och stöd. En utredningstid på 14 dagar, vilket föreslås i promemorian, bedöms vara alltför kort. En kvalificerad missbruksutredning ska bl.a. genomföras med hjälp av systematiska bedömningsinstrument. I Stockholms stad används ASI som en del i utredningsarbetet i syfte att kunna göra bra bedömningar och kunna bevilja den enskilde individuellt anpassade insatser utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Med en alltför kort utredningstid finns stor risk att utredningarna kommer att brista i kvalitet och att många personer med missbruksproblem erbjuds ”lättillgängliga” insatser som inte alltid är anpassade efter deras individuella behov.

Förvaltningen är tveksam till ett system som innebär att den enskilde på eget initiativ ska kunna söka vård/ behandling var som helst i landet om inte hemkommunen eller hemlandstinget kan erbjuda beviljad insats inom utsatt tid och instämmer i promemorians synpunkt att detta troligen skulle gynna välmotiverade individer men däremot missgynna personer med mer vacklande motivation och mer komplex problematik som inte själva aktivt söker vård. Förvaltningen vill framförallt framhålla nackdelarna med att separera missbruksinsatserna från andra insatser som den enskilde samtidigt kan vara i behov av, t.ex. försörjningsstöd eller insatser i familjen, vilka ska erbjudas av hemkommunen. Det finns även en risk att kontinuiteten i vårdinsatserna och samarbetet med andra huvudmän försvåras p.g.a. ett sådant system.

Enligt ansvariga för missbrukarvården vid stadsdelsförvaltningarna och Enheten för hemlösa är väntetiderna till vård och behandlingsinsatser inom socialtjänsten i regel inte långa, vilket gör att beslut i normalfallet kan verkställas i stort sett omgående.

#### *Tvångsvården*

Förvaltningen anser att det är mycket svårt att ta ställning till förslagen om förändringar i tvångslagstiftningen innan man tagit ställning till huvudmannaskapsfrågan. Om ansvaret för missbrukarvården skulle övergå till landstinget vore det t.ex. orimligt att kommunen hade kvar ansvaret för LVM-utredning, vårdplanering och samverkan med Statens institutionsstyrelse (SiS) under vårdtiden samt ansvar för eftervård. Som modell 1, förstärkt vårdkedja för individen och modell 2, öppen tvångsvård med särskilda villkor, presenteras förutsätter det att kommunen har kvar sin del av, eller övertar hela ansvaret för missbrukarvården. Modell 3, LVM upphävs och LPT utvidgas, förutsätter eller åtminstone förenklas av att huvudman-



naskapet ligger hos landstinget.

Under förutsättning att den nuvarande ansvarsfördelningen för missbrukarvården kvarstår anser förvaltningen att modell 2 är den mest intressanta. Detta förslag innebär att vårdtiden på LVM-hemmet får pågå högst 4 veckor efter ansökan hos länsrätten och att socialnämnden kan ansöka om förlängning av vården, antingen som sluten tvångsvård eller som öppen tvångsvård med särskilda villkor. Utredningstiden på LVM-hemmet, 4 veckor, kan i vissa fall förefalla vara alltför kort, men kan å andra sidan förlängas om behovet av LVM-vård kvarstår. I dagsläget används ofta omedelbart omhändertagande enligt § 13 LVM som en akut insats för att avbryta ett destruktivt missbruk utan att ingripandet efterföljs av en ansökan om LVM-vård. Med denna modell skulle troligen de omedelbara omhändertagandena minska, vilket skulle gynna rättssäkerheten för den enskilde.

Förvaltningen är positiv till förslaget i modell 1 och 2 som innebär att socialnämnden får besluta om utskrivning från LVM-hemmet när vårdens syfte är uppnått. I dag är det förståndaren vid SiS- institutionen som beslutar om utskrivning, vilket inte är logiskt med tanke på att socialnämnden har kostnadsansvaret för vården och i regel har mest kunskap om den enskildes fortsatta behov.

Förvaltningen är mycket tveksam till modell 3, att upphäva LVM och utvidga LPT. Inom Stockholms läns landsting är beroendevården och psykiatri två olika verksamhetsgrenar. Personer med missbruks- och samsjuklighetsproblematik är ingen prioriterad grupp inom psykiatri och förvaltningen kan känna oro för vad det skulle innebära för möjligheten till vård om landstinget skulle ansvara för tvångsvård av missbrukare inom ramen för LPT-vården. I motsats till vad som anges i utredningen menar missbruksansvariga vid stadsdelsförvaltningarna och Enheten för hemlösa att LPT inte används i någon större omfattning i samband med tvångsvård av missbrukare. Många av de personer som vårdas enligt LVM har mycket allvarliga fysiska hälsoproblem och det framgår inte av förslaget hur dessa personers vårdbehov ska kunna inrymmas i LPT- lagstiftningen. Det är också en stor nackdel ur rättssäkerhetssynpunkt att LPT- vården, i motsats till LVM-vården, inte är tidsbegränsad.

Förvaltningen håller slutligen med utredningen om att läkemedelsassisterad underhållsbehandling av opiatmissbrukare bör kunna ges under den tid som den enskilde tvångsvårdas enligt LVM. I enlighet med socialstyrelsens föreskrifter ges den möjligheten idag endast i samband med frivillig vård samt tvångsvård enligt LPT och LRV.