



2023-05-24

Till Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se;
s.sof@regeringskansliet.se

Remissvar avseende Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5) diarienummer S2023/00440, Socialdepartementet

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet. SLS tackar för möjligheten att inkomma med ett remissvar på Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5). Beredningen av SLS remissvar har skett i SLS delegation för medicinsk etik. Inför beredningen har vi underremitterat inom SLS och fått in svar från Svenska Rättspsykiatriska Föreningen, Svensk förening för beroendemedicin och Svensk förening för allmänmedicin, se bilaga 1-3.

Allmänt om slutbetänkandet

SLS är i stort positiva till de förslag som betänkandet för fram – att indikationen för LPT utökas till att omfatta skadligt bruk och beroende, att regionerna ges ett tydligare helhetsansvar för vården, att denna ska planeras tidigt, och att den ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd. Förslagen bygger vidare på vad som fördes fram i *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93), och som SLS också i stort ställde sig positivt till.

Förslaget innebär en ambitionshöjning - en nödvändig och välkommen sådan - som kräver resursförstärkningar. Personalrekrytering som motsvarar ambitionshöjningen kan bli svår att genomföra och kan framtvinga omprioriteringar till men för andra målgrupper. Eventuella undanträngningseffekter bör beaktas och systematiskt följas upp. Notera att även utbildningsinsatser och implementering kräver resurser och tar tid från det direkta patientarbetet, vilket bidrar till undanträngningseffekter och behov av horisontella prioriteringar.

Begreppet avgiftning förekommer flera gånger i texten och är ett begrepp som utmönstras. Det bör ersättas av abstinensvård.

Särskilda synpunkter

6. Ansvar och huvudmannaskap

SLS stödjer förslaget att regionerna ska ansvara för tvångsvården, och att den ska bedrivas på en sjukvårdsinrättning. *SLS* håller också med om att utveckling, anpassningar och resursförstärkning behöver ske. Detta kommer utöver psykiatri även att ha konsekvenser för primärvården, där en fortsatt kraftfull utveckling av och investering i nära vård och fast läkarkontakt är nödvändig. Innan införandet behövs det en plan för hur ytterligare uppdrag ska hanteras då personal saknas för redan befintliga uppdrag. Vid strukturförändringar som innebär förflyttning av arbetsuppgifter och ansvar bör kompetensförsörjning och resurssättning säkras för att uppnå avsatta mål och undvika negativa följdverkningar.

SLS stödjer förtydligandet av socialtjänstens roll för stöd till den som vårdas enligt LPT eller LRV.

SLS anser att omhändertagandet av berusade personer enligt LOB i polisarrest utan tillgång till sjukvårdsutbildad personal innebär risker, men ser samtidigt stora utmaningar om dessa personer i stället ska tas om hand på sjukvårdsinrättning. Utredningen uppmärksammar till exempel inte tillräckligt de säkerhetsproblem ett regionalt omhändertagande skulle kunna innebära: när polisen i sina uppskattningar talar om hur få som är hotfulla eller våldsamma, ska man komma ihåg att det är en bedömning som görs när personen är under uppsikt av uniformerade vakter och inlåsta i lokaler de inte kan ta sig ut ifrån. Situationen är annorlunda i regionens lokaler. Dessutom kraftsamlar polisen vid tidpunkter när många LOB kan förväntas. De har personalmässiga möjligheter att göra det, vilket sjukvården saknar (tillämpningen av LOB har stora kvantitativa variationer). Utöver detta behöver risken både för undanträngning av övrig vård och en eventuell risk för övriga patienter beaktas när patienter som kan agera hotfullt eller våldsamt ska vårdas på samma enhet som exempelvis sköra äldre eller patienter med akuta somatiska tillstånd. Tillgång till ordningsvakter, överfallslarm och andra medel för att skydda personal och medpatienter måste finnas. *SLS delar* därför bedömningen att detta kan få stora konsekvenser för regionerna, och *anser* att förslaget och alternativa lösningar behöver utredas vidare.

7. Syfte och förutsättningar för sluten och öppen psykiatrisk tvångsvård

SLS anser liksom utredaren att det kan finnas fördelar med att tvångsvården av personer med skadligt bruk och beroende sker inom ramen för LPT, och att LVM upphör. Men *SLS anser* att det finns behov av en mer utförlig etisk analys av tvångsvården vid allvarligt skadligt bruk eller beroende, och överhuvudtaget en större utredning av ofrivillig vård i Sverige.

Enligt LVM gäller idag en längsta vårdtid om sex månader. Denna begränsning motiverades med att ett frihetsberövande är ett allvarligt ingrepp i den enskildes mänskliga rättigheter, och att så långsiktiga och genomgripande förändringar som krävs för att upphöra med ett skadligt bruk inte kan påtvingas den enskilde; han eller hon måste själv välja dem. Det "självvalda" momentet vid missbruk märks även i straffrätten i det fängelseförbud som gäller för brott som begåtts under inverkan av allvarlig psykisk störning. I dessa fall döms den tilltalade i stället till vård enligt LRV om vårdbehov fortsatt bedöms föreligga. Men om den tilltalade själv har vållat sitt tillstånd genom rus eller på något annat liknande sätt, så bortfaller fängelseförbudet. Tanken är, får man förmoda, att allvarlig psykisk störning drabbas man oförskyllt av, medan substanser intar man med berätt mod, varför ansvarsbefrielse inte bör föreligga. Utredningens förslag innebär att den begränsade vårdtiden för missbrukare tas bort. Det har legat utanför utredningens direktiv att förändra regleringen avseende fängelseförbudet.

Emellertid saknas försök till att reda ut vilken betydelse det "självvalda" momentet vid missbruk ska tillmätas i tvångsvårdssammanhang. Utredningen argumenterar för att tvångsvård enligt LPT vid missbruk kan motiveras med att förhindra död och svår skada. Men det räcker inte: det behövs någon form av ställningstagande till var gränsen går mellan den grad av substansanvändning som den enskilde – oavsett hur olämpligt och hälsoskadligt det är – kan få syssla med på eget ansvar, av

egen fri (?) vilja, och när substansanvändningen blivit sådan att den kan anses ligga utanför den enskildes egen kontroll, och därmed kunna bli föremål för vård utan samtycke och frihetsberövande. I det sistnämnda fallet går det ju att motivera tvånget paternalistiskt på likartat sätt som när det gäller tvångsvård vid allvarlig psykisk störning. Livsfarlig sjukdom, oundgängligt vårdbehov och ovilja att ta emot vård räcker inte ensamt som kriterier för tvångsvård - i så fall borde till exempel diabetiker som inte tar sitt insulin omfattas. Man måste utveckla ett resonemang om autonomi och den fria viljans plats, och personens förmåga att utöva sin fria vilja, inte bara i relation till sitt missbruk utan till inställningen till erbjuden vård, vilket inte görs i betänkandet.

På flera ställen i texten påpekas att det måste göras avvägningar mellan den personliga friheten och integritetskränkningar via tvångsingripanden för att ge vård, men det lämnas ingen närmare ledning om hur denna avvägning ska gå till, eller på vilken grund den ska ske. Denna brist kan som praktisk konsekvens medföra att chefsöverläkaren och förvaltningsrätten lämnas utan vägledning vid ställningstaganden till när tvångsvård enligt LPT på indikationen allvarligt skadligt bruk eller beroende ska upphöra.

Substanssyndromen är i regel att betrakta som långvariga - livsvariga sjukdomstillstånd, i likhet med psykosjukdomarna. En skillnad är dock att det med ett par undantag inte finns effektivt återfallsförebyggande medicinsk behandling vid substanssyndrom. Att en LPT-vårdad psykopatient symptomatiskt förbättrats och accepterar och tolererar ordinerad neuroleptika är en vanlig och rimlig utgångspunkt för att upphäva vård enligt LPT. Vad motsvarigheten vid LPT-vård på indikation skadligt bruk och beroende avses vara, framgår inte.

Utredaren påpekar att den vård som avses inom tvångsvården är oundgänglig psykiatrisk vård (med syfte att undvika påtaglig risk för liv och hälsa), och inte somatisk vård (oavsett risk för liv och hälsa), som inte får ges utan samtycke. Detta pekar starkt på behovet av en mer genomgripande reform av vård som ges där samtycke av olika skäl inte kan inhämtas.

8. Tvångsvård som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja

SLS anser det bra att vårdkedjan tydliggörs, liksom patientens egna mål med vården. *SLS stödjer* förslaget att olika vårdplanerformer baserade på olika lagrum kan slås samman.

9. Trygg och meningsfull heldygnsvård

SLS stödjer förslaget på en kommission för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård

12.2 Tidsplan, stödfunktion, stimulansmedel och resursöverföringar

Utredningen föreslår att det inrättas en stödfunktion på SKR som är verksam under genomförandet. *SLS anser* att denna stödfunktion lämpar sig bättre på en myndighet än en ideell intresseorganisation, utan möjlighet till insyn och utkrävande av ansvar. *SLS anser* att Socialstyrelsen bör ha det samlade ansvaret att stödja reformens införande. Offentlighetsprincipen är även en förutsättning för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppdrag att följa upp reformen.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Anders Castor
ordförande delegationen för medicinsk etik

Svenska Rättsspsykiatriska Föreningens remissvar på samsjuklighetsutredningens slutbetänkande ”Från delar till helhet: tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja”, SOU 2023:5

Allmänt om förslaget

Sammanfattningsvis konstaterar vi att det är ett bra förslag att ge ansvaret för vård och behandling vid skadligt bruk och beroende till den regionala hälso- och sjukvården. I grunden ett mycket bra förslag till förstärkning av samhällets vård, stöd och omsorg om personer med psykisk sjukdom/störning och/eller skadligt bruk eller beroende.

Vi ser positivt på att utredningen pekar på krav på tvångsvårdsenheter avseende kvalitet och utveckling. Psykiatrisk tvångsvård och rättsspsykiatrisk vård är i behov av stöd och finansiering för att förbättra dessa aspekter. Personer som tvångsvårdas kan inte välja vårdenhet och de etiska skälen är därför tunga för en högkvalitativ och jämlik tvångsvård i landet.

Av samma skäl är svensk rättsspsykiatri i behov av en översiktlig kontroll av vårdens kvalitet. En tvångsvårdskommission kan vara ett steg i denna riktning. Svenska rättsspsykiatriska Föreningen vill gärna vara med om att utforma en arbetsformerna för en sådan kommission som med rätt förutsättningar kan bli av stor betydelse för rättsspsykiatrins utveckling.

Slutbetänkandets vägledningar kring begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende (kap 7.2) är bra och kommer att ha stort värde för att reglera begreppet i klinisk praxis.

Det är mycket positivt att slutbetänkandet inte innehåller en sammanblandning av inklusionskriterierna för LPT och LRV. En allvarlig psykisk störning är ett kriterium för både LPT och LRV. Ett allvarligt skadligt bruk eller beroende kan dock bara ge LPT, inte LRV. Några förtydliganden bör göras kring detta ur ett rättsspsykiatriskt perspektiv. Allvarlig psykisk störning kan under pågående vård övergå till allvarligt skadligt bruk eller beroende som kriterium för LPT. Även det omvända, att en patient under pågående vård enligt LPT med allvarligt skadligt bruk eller beroende bedöms ha en allvarlig psykisk störning, kan inträffa enligt slutbetänkandets förslag. Här vill vi påminna om att vård enligt LPT kan övergå i LRV-vård på tre sätt:

- 4 § LRV (automatisk överföring till akut vård enligt LRV av patient som vårdas enligt LPT då denne frihetsberövas genom häktning mm)
- 5 § LRV (akut vård enligt LRV efter vårdintygsbedömning av frihetsberövad person)
- 4 § LRU (överlämnande till rättsspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning via intyg från chefsöverläkare då patienten vårdas enligt LPT)

I dessa tre situationer bör det förtydligas att LPT-vård baserad på allvarligt skadligt bruk eller beroende inte kan övergå i LRV-vård (där kravet är allvarlig psykisk störning).

Det är särskilt positivt att insatser och planering, inte minst samordnad vårdplanering, kan komma till stånd tidigare, effektivare och mer personcentrerat,

vilket innebär en klar förstärkning av insatserna till målgruppen, inklusive rättspsykiatrins patienter. Resursåtgången för regionerna kommer att öka, genom att förslaget är en tydlig ambitionshöjning.

Kravet på slutenvårdens utveckling är en ambitionshöjning och mycket välkommet, men kommer i sig att innebära behov av resursförstärkningar, som förslaget inte tagit höjd för, i konsekvensutredningen.

Förslaget tydliggör och framtvingar samarbete mellan huvudmän på ett sätt som på sikt sannolikt är till stor glädje för målgruppen

Det finns dock risker för att gränsdragningssvårigheter mellan grundläggande sociala förutsättningar och vårdinsatser kvarstår, vid implementering finns klara risker för att kommunerna backar från sitt ansvar när hotet om alternativ höga kostnader för LVM-vård inte finns kvar, för det fall sociala åtaganden inte fullgörs.

Förslaget innebär en kraftig ambitionshöjning, i en tid när de demografiska och därmed skatteintäktsmässiga förutsättningarna att genomföra förslaget, är starkt utmanade. Vi bedömer att personalrekrytering som motsvarar ambitionshöjningen blir svår att genomföra och kan framtvinga omprioriteringar till men för andra målgrupper.

Ett gott omhändertagande, förstärkt vård och därmed ökad bot och minskade skadeeffekter av skadligt bruk och beroende – en enklare väg ur beroendet, är en viktig förutsättning för att komma åt de kriminella gängens viktigaste inkomster, drogmarknaden. Förslaget bör därför från den statliga nivån resurssättas som den grundläggande samhällsförbättrande åtgärd det innebär och utifrån de stränga utmaningar som den tilltagande organiserade brottsligheten kommer att innebära för regionerna när de ska realisera förslagen. Många personer som idag är anstaltsintagna kan genom förslaget komma att tas omhand inom psykiatrin. Varken de säkerhetsmässiga eller kostnadskonsekvensmässiga implikationerna av ett sådant scenario har analyserats inom ramen för utredningen.

Om förslagen i utredningen

Utredningen har glömt följdändra lag (1991:981) om besöksinskränkning vid viss tvångsvård när LVM upphör att gälla.

Vi noterar att man inte ändrar i Offentlighets- och sekretesslag (2009:400). Eftersom OSL 25:12, liksom OSL 26:9 båda använder det nu föråldrade begreppet ”fortgående missbrukar”, behöver de sannolikt ses över. Eftersom socialtjänsten får anmälningsskyldighet vid ”skälig anledning” behöver sekretessbestämmelserna medge en återkoppling kring att ärendet kommit fram och tagits om hand i laga ordning. Det kan då vara fråga om en situation där man inte vid medicinsk bedömning kan konstatera att den lagliga nivån ”fortgående missbrukar” är uppfylld, även om det got och väl fanns ”skälig anledning” att anta att vård var behövlig. Man bör också fundera över hur socialnämndens ”LPT-anmälningsskyldighet” kan delegeras enligt nuvarande bestämmelser i Kommunallagen, så att inte en alltför klumpig överrapporteringsordning blir följden.

Vi är positiva till LVM upphör.

Vi är positiva till att en tvångsvårdskommission inrättas. Vi finner det vara av vikt att en sådan kommission får direkt åtkomst till Socialstyrelsens patient-registers tvångsvårdsregistreringar. Vi konstaterar också att det är av vikt att ett förtydligande görs i kommissionens uppdrag, så att JOs, IVOs respektive kommissionens uppdrag sätts i tydligt sammanhang.

Vi konstaterar att det varken är lämpligt eller möjligt med utställda tidsramar för att överföra ansvaret för personer omhändertagna enligt LOB till regionerna enligt utredningens förslag. Vi beräknar att vi dels inte i tid kommer att säkert kunna hantera det antal av omhändertagna som det blir fråga om, dels bedömer vi att ett omhändertagandeansvar behöver sammankopplas med en kvarhållningsrätt. I annat fall kommer effekten sannolikt bli att personer, som överförs till sjukvården och förbättras något men fortfarande är i klart riskfyllt skick, går ut från vården och behöver omhändertas igen. Vid en ny utredning bör det också övervägas om staten kan förstärka närvaron av sjuksköterskor i arrester dygnet runt, fört att skapa säkra förutsättningar för tillnyktring i LOB-fall. Utredningen betonar inte nog de säkerhetsproblemen ett regionalt omhändertagande skulle innebära: När polisen i sina uppskattningar talar om hur få som är hotfulla eller våldsamma, ska man komma ihåg att det är en bedömning som görs när personen är under uppsikt av uniformerade vakter och inlåsta i lokaler de inte kan ta sig ut ifrån. Situationen skulle vara annorlunda i regionens lokaler. Polisen kraftsamlar vid tidpunkter när många LOB kan förväntas. De har personalmässiga möjligheter att göra det, som sjukvården saknar (eftersom det i fråga om LOB gäller så stora kvantitativa variationer).

Vid värdering av behovet av skatteväxling och statlig resurstillförsel bör en utvärdering ske efter några år, eftersom den påtagliga ambitionsförhöjning som nu görs kommer att medföra ökade kostnader för regionerna. Regionernas utgifter för HVB kommer att öka drastiskt. En del av kriminalvårdens nuvarande uppdrag kommer sannolikt att få fullgöras. En utvärdering av kvalitet och kostnad bör därför göras några år efter reformens genomförande och en eventuell resurs-utjämning mellan stat/kommun/region bör då göras.

Vi delar inte utredarens uppfattning att de säkerhetsmässiga utmaningarna kommer att vara begränsade. Den organiserade brottsligheten ökar och har drogförsäljning som en viktig inkomstkälla. Vård och behandling vid regionerna kommer att öka både i kvantitet och tidslängd och kommer att genomföras lokalt. Detta medför en ökad risk för fritagningar och andra säkerhetsrisker i dessa fall inom den regionala psykiatriska vården eftersom antalet tvångsingripanden kommer att öka. Vård i närmiljön som bedrivs längre än alldeles akut, kommer att vara mer säkerhetsutmanande än kortvarig avgiftning och senare LVM-vård på fjärran ort.

Det är bra att det tydliggörs i SoL 5:9b att socialnämnden aktivt ska arbeta för att en tvångsvårdad patient ska få bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv. Bestämmelsen torde kunna bli en utgångspunkt för överklagande av eventuella avslagsbeslut kring sökta insatser och stärker målgruppens ställning. Vi saknar dock egentlig påtryckningsmöjlighet från vårdens sida, vilket är av stor vikt i fall när den enskilde

har svaga inneboende drivkrafter så som kan vara fallet vid exempelvis kronisk psykossjukdom.

Det är bra att LPT ändras så att chefsöverläkaren kan besluta om övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård inom de första fyra veckorna av tvångsvård, men även senare borde denna möjlighet finnas eftersom bestämmelsen får återverkningar på betalningsansvarsfrågan. Det finns en risk att den nya bestämmelsen gör att patienter får för kort vårdtid i sluten form. Detta då alternativet blir knappt fyra veckor eller betydligt längre slutenvårdstid, när kommunen inte kan tvingas ta ansvar för behövda insatser genom chefsöverläkarens relativt självständiga beslut om öppenvård. En möjlighet att hantera denna fråga vore att bibehålla rätten att besluta om öppenvård oavsett om patienten är intagen enligt § 6 b, § 7, eller § 9 LPT, men att bibehålla en anmälningsskyldighet till rätten om beslutet om öppenvård, om det är fråga om vård enligt § 7 eller §9 LPT.

LPT på indikationen allvarligt skadligt bruk eller beroende, bör endast få tillämpas över 18 års ålder, eftersom ansvarsgränserna enligt LVU annars suddas ut.

Utredaren underskattar sannolikt hur mycket tvångsvård som kommer att behövas i sluten vårdform, med det föreliggande förslaget implementerat (öka 2-7 dagar).

Det behöver tydliggöras i vilken mån vård- och stödsamordningsenheterna ska ha avslagsrätt för remisser och i vilken mån de är integrerade delar i en vårdkedja. Förslaget att chefsöverläkaren ska överväga om patienten tillhör målgruppen är bra, men det behöver tydliggöras att vård- och stödsamordningen inte är en självständig ö i vården av personer med skadligt bruk eller beroende, annars är risken för nya flaskhalsar eller stolar att falla mellan, uppenbar. Den huvudmannagemensamma verksamheten behöver genom avtal, gemensam nämnd eller på annat sätt tydligt integreras i en vårdkedja, där medicinskt ansvar för den enskilda patienten tillåts styra den sammanhållna vården av den enskilde, inklusive vårdnivåval.

Det är bra att det skrivs in i LPT att en person kan tvingas underkasta sig provtagning för droganalys. Det kan dock bli svårt att hävda att en person uppfyller kriterier för tvångsvård på beroendeindikation om provtagning inte kan framtvingas i en vårdintygsbedömningssituation. Möjligheten att kräva provtagning bör därför övervägas att skrivas in i § 4 LPT, även om fysiskt tvång inte kan komma på fråga i vårdintygsbedömningssituationen.

Författningsförslag

Vi stöder att LVM upphör, se ovan om följdändringar.

Vi anser det vara av stor vikt att skrivningarna i reformen inte innefattar ändringar i brottsbalken kring allvarlig psykisk störning, förmåga till insikt i gärningens innebörd, förmåga att kontrollera sitt handlande efter sådan insikt, och bestämmelserna om självförvållade tillstånd (så som alkohol- eller narkotikarus), samt bestämmelserna om psykisk störning som förmildrande omständighet vid straffbestämmande, i brottsbalkens 29, 30 och 31 kapitel.

LOB-förändring behöver tänkas om. Kvarhållningsrätt för sjukvården eller mer sjukvårdsresurser till arresterna. Annars risk för undanträngningseffekter. Behöver också utredas vidare utifrån hur arrestresurser respektive sjukvårds-utbudspunkter är lokaliserade?

Det är bra att socialnämnden får anmälningsskyldighet till regionen vid skälig misstanke om tvångsvårdsbehov. Sekretessbestämmelserna behöver dock anpassas till att begreppet ”fortgående missbruk” blir en juridisk entitet som kommer att sakna bärighet på framtida sekretessprövningar (OSL 25:12, PSL 26:9).

Vi är positiva till att proportionalitetsprincipen tydliggörs också när det gäller kontrollåtgärder.

Vi är positiva till att begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende tillförs som tvångsvårdsgrund i LPT.

Vi bedömer att utredningen landat i en klok slutsats när det gäller vårdbehovsrekvisitet vid tvångsvårdstillämpning. Det är bra att det tydliggörs att tvångsvården ska få fortgå så att risken för återfall blir hanterlig i friare vårdform, förutsatt att tillståndindikationen kvarstår och möjlighet att genomföra behövlig vård på frivillig grund saknas. Det är också bra att farlighetsrekvisitet tillämpas på ett sätt som är analogt med hur det tillämpas vid övrig psykiatrisk tvångsvård.

Det är viktigt att provtagning kan genomföras så snart som möjligt efter att personen frihetsberövats, eftersom vissa substanser snabbt lämnar kroppen och deras samband med det psykiska tillståndet annars kan bli svåra att påvisa. Att detta blir möjligt redan under kvarhållning bedömer vi som oundgängligt för rättssäker tvångsvård.

VI finner att förslaget att chefsöverläkaren ska få besluta om öppen psykiatrisk tvångsvård under de första fyra veckorna, vara ett bra förslag. Vi finner dock att det finns en risk att patienter kan komma att tvingas ut från tvångsvården något för tidigt, om möjligheten att ensidigt besluta om öppen vård inskränks till de första fyra veckorna. Vi vill föreslå att regeringen överväger att möjligheten ska kvarstå även vid vård enligt § 7 eller § 9 LPT, kompletterad med ett krav om att anmäla vårdövergång till förvaltningsrätten inom viss tid. Eftersom det är fråga om lättat tvång visavi patienten finner vi att detta är en rättssäkerhetsmässigt rimlig ordning, särskilt som överklagandemöjlighet kring chefsöverläkarens beslut om villkor finns kvar. En sådan ordning skulle lösa upp en del av de problem som idag finns i tillämpningen av samverkanslagen vid utskrivning, när det gäller tvångsvårdade personer. Som situationen ser ut idag går inget betalningsansvar enligt lagen över när vården ges i sluten form och vården kan inte ges i öppen form förrän förutsättningar i öppen vårdform har ordnats. Patienter riskerar därmed att fastna i en gränsdragningsfråga – frånvaro av kostnadsincitament förlångsammars sociala insatser som är nödvändiga för öppen vård och patienten riskerar att bli kvar i tvång och slutenvård.

Det är bra att det tydliggörs att patientens mål med vården, vid vårdplanering ska tas tillvara, enligt förslaget. Vi konstaterar också att det är bra att man föreslår att olika vårdplaneformer baserade på olika lagrum kan slås samman. Vi har inte

i övrigt något att erinra mot förslagen om förändrade skrivningar kring vårdplan. Vi noterar dock att förvaltningsrätterna på olika håll i landet har visat tendens att inte acceptera förlängd öppen tvångsvård med mindre än att det finns ett dokument som är tydligt märkt ”uppföljning av vårdplanen”. I vissa journal-system blir rubriken i stället ”samordnad vårdplan”, när planen förnyas. För att undvika legalitetstvivel i dessa sammanhang vore det lämpligt att lagen tydliggjorde att det till ansökan enligt § 9 ska bifogas en ”uppföljning eller förnyad samordnad vårdplan”.

Det är bra att det tydliggörs att patienten är skyldig att lämna prov för substansprovtagning. Skyldighet borde dock föreligga redan vid bedömning enligt § 4 LPT.

Det är bra att skrivningarna om grunderna för att återinta en person för sluten psykiatrisk tvångsvård, mildras. Det är bra att det tydliggörs att de personliga förhållandena därvidlag får tillmätas vederbörlig betydelse.

Det är bra att chefsöverläkaren vid utskrivning från slutenvården ska överväga om patienten hör till målgruppen för vård- och stödsamordningen. Detta indikerar att man tänker sig att vård- och stödsamordningen inordnas, på vederbörligt sätt, i en sammanhållen vårdkedja.

Vi är positiva till de följdändringar som görs i LRV.

Angående ändringarna i socialtjänstlagen:

- När det gäller skrivningarna om samordning av vårdplaner bör det tydliggöras att samordnad vårdplan enligt § 7 a LPT intar en särställning eftersom den är kopplad till att personen är föremål för tvång från vårdens sida.
- Vi är fundersamma inför att lagförslaget är att det ska krävas avtal mellan kommun och region endast beträffande hälso- och sjukvård för den som vårdas utanför det egna hemmet och som fyllt 21 år. Varför 21-årsgräns? Är det för att man tänker sig att ansvaret ligger kvar enligt LVU, hos kommunen?
- Det är bra att kommunen får krav på sig att arbeta för arbete, sysselsättning eller utbildning samt bostad, beträffande den som vårdas enligt LPT. Det bör dock framgå att det är bostad och övriga livsförutsättningar, inte utbildning som alternativ till t ex bostad.
- Vi finner skrivningen om regionalt sjukvårdsansvar för den som tagits in i HVB vara bättre än en generell skrivning om placeringar utanför hemmet.

Angående ändring i OSL och PSL:

- Vi konstaterar att OSL 25:12 liksom OSL 26:9 behöver ses över mot bakgrund av att begreppet ”fortgående missbruk” i och med förslagen blir obsoleta juridiska begrepp. Det bedöms vara av vikt att när socialnämnden meddelar regionen om att en person kan behöva stöd, måste det finnas möjligheter att återkoppla, från regionens sida, för att säkerställa att anmälningar kommit fram och hanteras även i fall där vidare åtgärd inte vidtas. I övrigt har vi inget att erinra mot förändringen i OSL.

- Vi har inget att erinra mot följdändringen i PSL, utifrån sekretesssynpunkt.
- Vi saknar en sekretessbrytande bestämmelse från Socialstyrelsens patientregister till tvångsvårdscommissionen. Commissionen behöver kunna få del av tvångsvårdsrapporteringen med mindre än ett års fördröjning, för att kunna fullgöra sin uppgift.

Angående föreslagna ändringar i HSL:

- Gällande 5 kap 4 § finner vi att det är lämpligare att i stället för att säga att tvångsåtgärdsantalet ska minska, tydliggöra att utvecklingsarbetet inom tvångsvården ska syfta till att ”säkra att tvångsåtgärdsanvändningen minimeras, är proportionerlig och används i enlighet med lagens syften”. Den lag som nu föreslås kan komma att vara tillämplig under många år och att förutsätta att tvångsåtgärderna ska fortsatt minska kan inte med säkerhet sägas innebära att tvångsåtgärdsminimering inte till slut kan nå en nivå där syftena med lagstiftningen inte längre nås.
- Gällande ändringen i 8 kap 11 § om att regionen ska överta ansvaret för omhändertagande enligt LOB är det en fråga som vi bedömer måste utredas vidare. Vi avstyrker det aktuella förslaget. I den mån regionerna ska ta ett sådant ökat ansvar bedömer vi att kvarhållningsrätten behöver överföras till chefsöverläkaren från polismyndigheten, för att undvika cirkelgång av personer som är partiellt tillnyktrade och lämnar vårdinrättningarna vilket snarare ökar faran. Vi finner det emellertid vara en bättre ordning, att polismyndigheterna uppdras tillhandahålla sjuksköterskekompetens i häkten och arrestlokaler dygnets alla timmar. Därmed minskar risken att fördelarna med föreliggande förslag om ambitionshöjningar inom vården av personer med samsjuklighet går om intet som en följd av undanträngningseffekter i samband med större samhällshändelser med många omhändertagna enligt LOB.

Föreslagna ändringar i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård:

- Vi är positiva till att planer enligt olika lagrum samordnas (kräver sannolikt högre lägstanivå i förhållande till dagens planer).
- Vi är positiva till att samordnad vårdplanering kommer till stand snabbare än idag, genom tydligare lagreglering i 3 §.

Förordning om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård:

- Vi har inget att erinra mot följdändringen till tillkomsten av § 23 c LPT.
- Vi konstaterar att Socialstyrelsen sannolikt kommer att behöva uppdatera sin föreskrift om rapportering till kvalitetsregistret (KVÅ-kod för provtagning med stöd av LPT/LRV) som följd av förslaget.

Angående förändrad instruktion till Socialstyrelsen:

- Vi är positiva till förslaget om att inrätta en tvångsvårdvårdscommission vid Socialstyrelsen, men efterlyser något tydligare skrivningar kring hur man ska se på tillsyn, lex Maria, säkerhetsanmälningar och exempelvis JO:s uppdrag, i förhållande till commissionens.

25 april 2023
För Svenska Rättspsykiatriska Föreningen,
Fredrik Åberg, styrelseledamot
Peter Andiné, ordförande

Remissvar från Svensk förening för beroendemedicin

Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. Slutbetänkande av Samsjuklighetsutredningen. SOU 2023:5

Allmänna synpunkter

Från Svensk förening för beroendemedicins sida är vi generellt sett mycket positiva till de förslag utredningen presenterar i sitt slutbetänkande. Förslagets inriktning följer i stora delar logiskt från de resonemang som utvecklats i det tidigare delbetänkandet, där regionerna får ett tydligare helhetsansvar för behandling av beroendetillstånd. Att en sådan genomgripande reform av vården måste innebära förändringar också av tvångsvården är självklart. Utredningen beskriver på ett tydligt sätt de olika överväganden man gjort, och formulerar en rad genomtänkta förslag till förändringar. Vår bedömning är att utredningens förslag skulle leda till en avsevärd förbättring av omhändertagandet för de svårt utsatta patienter som kan bli aktuella för tvångsvård på grund av skadligt bruk eller beroende.

Specifika synpunkter

1. Avskaffandet av LVM och överföring av det samlade ansvaret till regionerna är i grunden ett utmärkt förslag. Dagens splittrade situation med både kommun, region och SiS leder ofta till en vårdkedja med flera svaga länkar. Även långvarig tvångsvård kan idag ske utan att den enskilda patientens medicinska behov tillgodoses, vilket leder till att förutsättningarna för att lyckas med fortsatt frivillig vård är dåliga. Detta är djupt problematiskt ur ett etiskt perspektiv. Att samla tvångsvården inom regionerna är därför rimligt av flera skäl, men det är avgörande att regionerna får det stöd och de extra resurser som krävs för att axla detta utökade uppdrag på ett bra sätt, så att man kan erbjuda högkvalitativa, individuellt avpassade insatser för den ofta komplexa problembild som dessa patienter kan ha.
2. Indikationen för LPT utökas genom att inkludera allvarligt skadligt bruk och beroende, vilket vi uppfattar som ett bra förslag. Det kommer underlätta hanteringen av en rad vanliga kliniska dilemman, exempelvis gällande patienter med akuta, substansrelaterade psykiatriska symtom. På flera punkter kommer förslagen innebära ett förtydligande av under vilka omständigheter tvångsvård är indikerat, och dessutom kortare tvångsvårdstider, i jämförelse med dagens situation med LVM. Allt detta är mycket välkommet. Det är också klokt att man avstår från att i lagtext definiera exakt vilka substanser som omfattas, utan lämnar det till klinisk bedömning utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, eftersom förhållandena ju kan komma att ändras med tiden.
3. Utredningen har i kapitel 8 på ett klarsynt sätt identifierat de etiska problem som idag ofta uppkommer p.g.a. bristande samverkan inför utskrivning från tvångsvård. Vi ser därför positivt på förslagen om en tidigare start av planeringen, liksom införandet av en lagstadgad skyldighet för kommunen att delta i sådan planering. Att Socialstyrelsen följer upp och stödjer detta arbete förefaller också vara en god idé

4. Andra viktiga förslag handlar om att utveckla heldygnsvården, så att vården blir trygg och meningsfull vare sig den sker frivilligt eller under tvång. Ett helhetsgrepp om denna fråga är angeläget, och även förslaget om en tvångsvårdkommission skulle kunna bidra till att nödvändiga förändringar verkligen blir av.

5. Generellt sett belyser utredningen de vittomfattande konsekvenserna av reformen på ett tydligt och utförligt sätt, där både potentiella fördelar och risker vägs in på ett bra sätt. En särskilt viktig punkt berör kompetensförsörjningen, inte minst med tanke på de olikartade regionala förutsättningar som finns i olika delar av landet. Tillgången till adekvat utbildad personal, med rimliga förutsättningar för att sköta och utvecklas i sitt arbete, är avgörande för att reformen ska få de positiva konsekvenser den syftar till.

För Svensk förening för beroendemedicin,

Joar Guterstam
Ordförande

Catrin Rönnbäck
Sekreterare

REMISSVAR
2023-05-16

Svenska Läkaresällskapet
Box 738
101 35 Stockholm

susann.asplund@sls.se

"Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja" SOU 2023:5

Sammanfattning

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) ställer sig positiv till utredningens huvudförslag; att tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska ges enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, på en sjukvårdsinrättning som drivs av regionen. Förslaget ser vi som en naturlig följd av att förslagen i SOU 2021;93, med ett samlat huvudmannaskap vid psykiatriska tillstånd och skadligt bruk och beroende.

Vi har två kommentarer:

Kap 10.11.2 Övriga konsekvenser för regionerna. S 418 Primärvården

I texten om primärvården fångar man att primärvården är en pressad verksamhet där medarbetarna upplever obalans mellan krav och resurser. I texten beskrivs arbetssätt enligt s k samarbetsvård med vårdsamordnande sjuksköterska och konsultpsykiater. Utredningen gör bedömningen att samarbetsvård kan vara en fungerande modell för personer med skadligt bruk och beroende.

För SFAM är det viktigt att påpeka att den viktigaste förändringen för patienter med skadligt bruk och beroende, liksom för övriga patienter, är att alla patienter har en fast läkarkontakt som erbjuder hög kontinuitet och god relation. Den fasta läkaren måste ha en rimlig arbetsbelastning dvs enligt socialstyrelsens riktlinje 1 100 patienter/läkare och heltid. Med en sådan förändring finns förutsättning för god och nära vård, där samverkan mellan huvudmän är en naturlig del av arbetet. Denna fasta läkare kan inte ersättas av varken vårdsamordnare eller konsultpsykiater. Det tycker vi bör framgå tydligare i utredningens förslag.

Kap 10.11.2 Övriga konsekvenser för regionerna. S 420 Utbildningsbehov

SFAM delar utredningens bedömning att behov kommer finnas av utbildning i den ny tvångsvårdslagstiftningen. Allmänläkare kommer att behöva göra bedömningar om tvångsvård

vid skadligt bruk och beroende, och behöver utbildning för att göra dessa bedömningar med hög kvalitet och god patientsäkerhet.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
Ordförande