

Sundbyberg 2023-05-31

Diarienummer: S2023/00440

Vår referens:

Magnus Andersson

magnus.andersson@funktionsratt.se

Mottagare:

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.sof@regeringskansliet.se

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

Funktionsrätt Sverige

Funktionsrätt Sverige är en samarbetsorganisation för 52 funktionsrättsförbund som tillsammans representerar cirka 400 000 medlemmar. Vårt arbete grundar sig på mänskliga rättigheter när vi driver medlemmarnas funktionsrätt - rätten att fungera i samhällslivets alla delar på lika villkor. Vårt mål är ett samhälle för alla.

Sedan 2009 är FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning gällande i Sverige. Artikel 14 i konventionen tar upp områdena frihet och personlig säkerhet, och artikel 15 rätten att inte utsättas för tortyr. I rapporten Respekt för Rättigheter ¹, civilsamhällets granskning av hur Sverige lever upp till funktionsrättskonventionens 33 artiklar, menar vi att för att tillgodose denna artikel måste alla tvångsåtgärder minska inom tvångsvården.

¹ <https://respektforrattigheter.se/wp-content/uploads/2020/11/respekt-for-rattigheter-rapport-1.pdf>

För att tvångslagstiftningen ska fungera behövs – oavsett vem som är huvudman - en nationell utbildningsinsats genomföras så att all personal inom psykiatrin har kunskaper om olika funktionsnedsättningar och har ett rättighetsperspektiv på vården. Även uppföljningar behövs.

Sammanfattning

Funktionsrätt Sverige ställer sig bakom att behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård, och att den ska kunna ges samtidigt och samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.

Det är inte rimligt att den som har ett beroende av alkohol eller droger först ska sluta missbruka innan de kan få psykiatrisk vård. Samordning behöver även innefatta vården för olika somatiska sjukdomar, då dessa är vanligare bland gruppen med samsjuklighet.

Många av Funktionsrätt Sveriges medlemsorganisationer upplever att vården i dagsläget ofta saknar rutiner och förmåga att samordna sig. Det gäller även öppenvårdplaneringen inom psykiatrin som brister och kommunerna tillhandahåller inte insatser såsom särskilda boenden eller sysselsättning enligt Socialtjänstlagen eller LSS²

Samtidigt som vi kan ställa oss bakom förslagen undrar vi hur dessa ska bli verklighet. Psykiatrin idag är inte rustad utifrån behoven, det är långa köer och det är stora skillnader mellan regionerna vad gäller vårdutbud. Reformen förutsätter resursförstärkningar. Det finns också en risk, som utredningen också nämner, för att nya gränsdragnings- och samordningsproblem kommer att uppstå inom olika delar av hälso- och sjukvården, exempelvis mellan primärvård och specialistvård. Vi befärrar att personer med samsjuklighet riskerar att hamna i kläm, om de i större utsträckning skulle konkurrera med andra behövande grupper inom psykiatrin.

En viktig del är även själva innehållet i tvångsvården, att patienten upplever vården som meningsfull och att hen så långt det är möjligt kan påverka *vilka* insatser som ges. Utredningen har låtit sammanställa forskning över psykiatriska patienters erfarenheter av tvångsvård. Denna visar på vikten av kommunikation mellan patienter och personal, samt på betydelsen av **meningsfulla** aktiviteter. Det är för patienten aktiviteterna ska upplevas meningsfulla.

² <https://www.jo.se/PageFiles/34304/O%201-2021.pdf>

Patienternas delaktighet i vården i form av sådant som patientråd, patientforum mm, är viktig. Samtidigt behöver den innebära att vården möter upp och utvecklar innehållet utifrån patientinflytandet, och minskar tvångsåtgärder som fastspänningar eller avskiljningar

Nuvarande lagstiftning och riktlinjer tillämpas inte

Funktionsrätt Sverige vill påtala att det redan i dag finns lagstiftning på plats som borde göra att samordnad vård är en regel snarare än ett undantag. Det finns mycket skrivet i HSL och Patientlagen kring information och delaktighet. Ett par exempel är SIP, eller rätten till fasta vårdkontakter. Även Socialstyrelsens nuvarande nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende³ anger att denna ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd. SIP är i sig ett bra verktyg och Funktionsrätt Sverige menar att man bör överväga någon form av sanktioner om de inblandade avstår från att delta i en SIP eller inte realiserar tagna beslut.

Personliga ombud

Reformen ska enligt utredningen genomföras stegvis under en femårsperiod. Bland de bärande delarna tas de personliga ombuden upp. I samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93 föreslogs att staten bör höja de permanenta medel som avsätts enligt förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud, från 100 miljoner till 150 miljoner.

Funktionsrätt Sverige instämmer i detta förslag, men bidraget behöver därefter indexuppräknas. I Socialstyrelsens senaste lägesrapport över verksamheten med personliga ombud⁴ framgår att ombuden har fått fler sökande jämfört med tidigare år som har samsjuklighet, intellektuella och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, saknar myndighetskontakt och riskerat att bli bostadslösa under 2022. Det är köer på många håll i landet.

I rapporten beskrivs även att både primärvården och psykiatriska öppenvårdsmottagningar har haft betydligt längre väntetider för utredningar, behandlingar och för att få sjukskrivningsintyg. Under

³ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

⁴ Socialstyrelsen, Lägesrapport om verksamhet med personligt ombud 2022 (S2021/08111)

regionernas väntetider finns begränsad hjälp att få och många söker sig då till de personliga ombuden.

Funktionsrätt Sverige menar att tillgången till personliga ombud behöver säkerställas och att man därför bör överväga rätten till personligt ombud i lagstiftningen (Socialtjänstlagen).

6 Ansvar och huvudmannaskap

6.1 Regionen ansvarar för vård och behandling utan samtycke vid skadligt bruk och beroende

Funktionsrätt Sverige tillstyrker förslaget. Vi bedömer att det bör underlätta en mer sammanhållen och samordnad vårdkedja, något som det finns ett enormt behov av för denna målgrupp.

Men vi ser också med oro på hur detta ska kunna fungera. Bemanningen är problematisk för hälso- och sjukvården generellt, det råder stor brist över landet inom i princip alla yrkesgrupper, såsom specialistsjuksköterskor och psykologer är en grupp som är svåra att rekrytera, särskilt utanför storstadsområdena.

Vi delar åsikten att det "inte är rimligt att en grupp med mycket stora psykiatriska vårdbehov inte ska få psykiatrisk vård på grund av personalförsörjningsutmaningen som gäller hela hälso- och sjukvården" Men resurser för det ökade behovet av vård måste till. Utöver ett förändrat huvudmannaskap och regleringar i lagstiftning bedömer vi också att det behövs insatser som också förändrar kultur och arbetssätt och som kan skapa goda förutsättningar för den samverkan och samordning som behövs, såväl inom hälso- och sjukvården som mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I förslaget beskrivs betydligt kortare vårdtider enligt LPT jämfört med nuvarande enligt LVM. Detta är en uttalad målsättning och det talas om 6 veckor. Vi kan inte bedöma lämpligheten på vårdtiderna men längden måste utgå ifrån patienternas behov så att inte bemanningsproblem får styra det. Om dagens personalbrist kvarstår finns kanske risk för att man för tidigt avslutar slutenvården och hänvisar patienten till öppenvård. Boende och sysselsättning behöver fungera och kortare vårdtider förutsätter att öppenvården fungerar liksom samarbetet med socialtjänsten

Vi delar också utredningens åsikt om att det finns starka skäl som talar för att patientavgiften bör avskaffas vid vård utan samtycke.

6.4 Socialtjänstens ansvar för boende och sysselsättning ska förtydligas i Socialtjänstlagen

Funktionsrätt Sverige tillstyrker förslaget.

Målgruppen har ofta stora behov vad gäller ekonomi, sociala relationer, boende, utbildning och arbete eller sysselsättning. Socialtjänsten har fortsatt en central roll att tillgodose detta. Att dessa delar fungerar är grundförutsättningar för att individen ska kunna tillgodogöra sig vård, behandling och stöd.

Vi ser dock med oro på situationen inom Socialtjänsten. I vårt remissvar ⁵ på utredningen En ny socialtjänstlag SOU 2020:47 noterade vi hur ursprungliga ambitionsnivån har urholkats och att socialtjänsten fått en allt högre belastning som en följd av brister i andra delar av våra välfärdssystem. Vi ser också att ambitionsnivån i det kommunala ansvaret för socialtjänsten har försvagats. Innebörden i lagens uttryck om skäliga levnadsförhållanden har devalverats.

Kommunerna får enligt utredningen med anledning av samsjuklighetsreformen minskade kostnader på ca 250 miljoner kronor årligen. Kommunerna lär dock samtidigt behöva utveckla nya arbetssätt för socialtjänstens arbete med boende och sysselsättning för målgruppen, för avsikten med hela reformen är ju att stödet till gruppen ska förbättras. Utredningen nämner ett förväntat ökat deltagande från kommunerna i samordnade planeringar, och man kan också tänka sig att i händelse av att hälso- och sjukvården inte klarar av vården så får socialtjänsten träda in med sitt yttersta ansvar.

Socialstyrelsen bedömer i sitt remissvar ⁶ att de kortare vårdtiderna inom LPT kan medföra att socialtjänsten behöver göra fler placeringar på olika typer av boenden med stöd, vilket innebär ökade kostnader. Utredningen rekommenderar Bostad först eller en vårdkedja för boende.

Vår slutsats är att oavsett vad förslagen i just detta betänkande kan innebära ekonomiskt, så behövs vad gäller socialtjänsten en politisk ambitionshöjning.

⁵ <https://funktionsratt.se/wp-content/uploads/2020/11/Funktionsratt-Sveriges-yttrande-over-Socialtjanstutredningen-SOU-2020-47.pdf>

⁶

<https://www.regeringen.se/contentassets/cdb6470abd004c9b8fad6e1077dbc22f/socialstyrelsen.pdf>

6.7 Hälso- och sjukvård för barn och unga på särskilda ungdomshem

För att barn och unga på särskilda ungdomshem ska få de hälso- och sjukvårdsinsatser de har behov av krävs tydligare ansvarsfördelning genom förändrad lagstiftning. Det kan till exempel ske genom reglering av hälso- och sjukvårdsansvaret för SiS, hälso- och sjukvårdsansvaret för regionen där barnet eller den unge är bosatt (hemregionen) och hälso- och sjukvårdsansvaret för regionen där ungdomshemmet är beläget (vistelsregionen).

Funktionsrätt Sverige tillstyrker detta. Det är särskilt viktigt att utgå från det enskilda barnets behov när det gäller vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som ges. Detta ska kartläggas och dokumenteras, och framför allt tillgodoses, också med hänsyn till barnets funktionsnedsättning.

Vi vill betona att inget barn eller ungdom ska tvångsvårdas enbart på grund av en funktionsnedsättning. Det strider mot Funktionsrättskonventionen, § 14, 1b

Barn och unga med funktionsnedsättning och deras familjer ska få stöd och förebyggande insatser från samhället i första hand.⁷ Det gäller tillräckligt och adekvat stöd för att säkerställa en tillfredsställande skolgång, hälsofrämjande och förebyggande insatser till exempel via BUP eller en habilitering samt vid behov insatser från socialtjänsten/LSS. Det är också centralt att utgå från barnens eller den ungas åsikter i de beslut som rör dem

8 Tvångsvård som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja

En fungerande vårdplanering inom den psykiatriska vården är grundläggande för att säkerställa kvaliteten och säkerheten i omhändertagandet av patient. Att utredning och planering har betydelse för vårdens resultat framgår av forskning.

De redan i dagsläget lagstadgade rättigheterna till fast vårdkontakt och SIP tycks fortsatt vara svåra att få tillgodosedda. Även när samordnad planering sker är det inte säkert att de leder till faktisk samordning av vården, som utredningen själv lyfter.

⁷ <https://www.dagenssamhalle.se/opinion/debatt/skola-och-socialtjanst-sviker-barn-med-npf/>

Funktionsrätt Sveriges medlemsorganisationer beskriver upplevda brister vid de samordnade planeringarna. Patienter får inte den centrala roll som avsågs med SIP utan blir kringskuren av vårdinstansers och myndigheters organisationer, begränsningar, bristande ekonomi med avsaknad av individanpassning och helhetssyn. De kallade är inte alltid närvarande eller har inte mandat att ta beslut, och överenskomna beslut efterlevs inte.

I delbetänkandet föreslogs att regioner och kommuner ska bedriva en gemensam vård- och stödverksamhet. Målgruppen är "personer som har behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras".

Dessa personer ska också tilldelas en särskild vård- och stödsamordnare. Verksamheten ska enligt tidigare beskrivningar "finnas överallt". Vi är positiva till förslaget, men undrar över hur detta ska säkerställas i i glesbygd i syfte att förebygga en ojämlik vård .

Det är positivt att det alltid ska övervägas om en person som vårdas enligt LPT eller LRV tillhör målgruppen för den gemensamma vård- och stödverksamheten. Det beskrivs att det "alltid är frivilligt för den enskilde att delta i en sådan verksamhet".

Vi undrar om det omvända gäller, dvs om en person som själv vill delta också får det?

Vi menar att det är väldigt viktigt med tillgänglighetsaspekterna, såväl den *fysiska, kognitiva som den kommunikativa tillgängligheten*. Vi vet att personer med psykiska funktionsnedsättningar samt skadligt bruk har en sämre somatisk hälsa.

Att lokalerna är tillgängliga är bara en del. Hälso- och sjukvården behöver redan från början utformas med hänsyn till den stora variation av behov och förutsättningar som finns i befolkningen. Principen om universell utformning behöver vara vägledande för utformningen av exempelvis vårdutrustning och lokaler, men även för kommunikation med patienter, så att vården fungerar för alla människor utan behov av särlösningar, vilka ofta blir utpekande eller av sämre kvalitet.

Vi ställer oss positiva till detta, men undrar samtidigt om en sådan inte redan borde vara fallet utifrån nuvarande lagstiftning kring samverkan.

8.3.1 Innehållet i vårdplaneringen ska förtydligas

8.3.2 Patientens mål ska framgå av vårdplaneringen

Funktionsrätt Sverige tillstyrker förslagen

8.5 Den samordnade planeringen ska förbättras

Förslaget innebär att för en patient som vårdas enligt LPT eller LRV ska en kallelse till en samordnad individuell planering skickas snarast efter det att en enhet i den regionfinansierade öppna vården tagit emot inskrivningsmeddelandet och en fast vårdkontakt utsetts eller, så snart ett behov av insatser från region och kommun har identifierats. Kommunen ska vara skyldig att delta i en sådan planering som den fasta vårdkontakten eller chefsöverläkaren kallar till

Funktionsrätt Sverige instämmer i dessa förslag. Men också de ekonomiska styrmedlen för samverkan, exempelvis ersättningssystemens utformning, behöver ses över. Som nämnts tidigare finns redan i dag tydlig lagstiftning på plats som borde göra att samordnad vård är en regel snarare än ett undantag. Problematiken har påpekats av många och i ett försök att ytterligare stärka patienters rättigheter stiftades Patientlagen, men inte heller denna lag fått någon genomslagskraft.

Det är ett allvarligt problem att lagar på området inte efterlevs. Utredningen saknar förslag hur man kan komma till rätta med detta, som lär kvarstå även med utredningens förslag.

9.2 Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård

Förslag: I förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen regleras att inom myndigheten ska finnas en kommission, i syfte att förstärka kunskapen om tvångsvårdens bedrivande, förstärka patienternas rättssäkerhet och stödja utvecklingen av en trygg och meningsfull tvångsvård.

Funktionsrätt Sverige instämmer i själva syftet med den föreslagna kommissionen, samtidigt som vi är tveksamma till förslaget i dess nuvarande utformning. En bättre väg att gå kan vara att förstärka och förändra befintliga myndigheters uppdrag att följa upp den psykiatriska tvångsvården.

Kommissionen har enligt förslaget ingen egen beslutsrätt, och kan då inte vara självständig gentemot myndigheten i övrigt. Ett uppdrag ska vara att rapportera om och lämna förslag till regeringen om hur statliga myndigheters uppföljning, kunskapsstöd och granskning av tvångsvården kan utvecklas. Kommissionen kan i teorin bidra till att garantera rättssäkerheten och kvaliteten vid tvångsvård. Vi utgår ifrån att kommissionen, om den inrättas, har tät samverkan med patient- och brukarorganisationer för att fånga in erfarenheterna av hur reformen fungerar. Vi ser även att det bör vara möjligt för patient- och brukarorganisationer att ingå i denna.

Av förslaget framgår att Kommissionen ska ha rätt att göra verksamhetsbesök och ha kontakter med patienter och anhöriga. Funktionsrätt Sverige tycker att kommissionen även borde ha möjlighet till oanmälda besök för att komplettera Arbetsmiljöverkets tillsyn.

Det är också viktigt med underrättelser till IVO kring iakttagelser som borde föranleda tillsyn. Det som talar för en kommission är att det idag är problematiskt är att IVO inte gör ett optimalt arbete. Utredningar tar lång tid med handläggningstider på över ett år. Vidare utdelas sällan några sanktioner gentemot verksamheterna utan dessa åläggs att ta fram en handlingsplan för att åtgärda problem och uppföljning saknas. IVO uppmärksammar själva att de utreder liknande problematik år efter år och ingen större utveckling eller förbättringar kan ses. Detta innebär att man i praktiken kritiserar utfallet av den egna verksamheten. Detta har påtalats även utifrån. Det finns inte heller några personer från patient- och brukarorganisationer hos IVO utan mycket av deras granskningsarbete sker utifrån journalgranskning där patientens röst i liten utsträckning hörs.

Vi är försiktigt positiva till en kommission men menar sammanfattningsvis att det råder otydligheter i ansvarsområdet i förhållande till andra myndigheters uppdrag, såsom IVO och JO.

10 Konsekvenser

10.2 Konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende eller samsjuklighet och deras anhöriga

Förhoppningsvis kan utredningens förslag göra situationen bättre både för personer med samsjuklighet som tvångsvårdas, och deras anhöriga. Målet måste förstås vara ett minimum av tvångsvård.

Vad vi förstår innebär utredningens förslag att de tvångsåtgärder som i dagsläget får användas för patienter enligt LPT, dvs fastspänning med bälte och behandling utan samtycke, även ska gälla för patienter med skadligt bruk och beroende, och även de som inte har en samtidig psykiatrisk problematik.

Inom LVM är fastspänning och tvångsmedicinering inte tillåten. Detta är mycket starka ingrepp i den enskildes personliga frihet och integritet som enligt regeringsformen endast göras för att tillgodose ändamål är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den. Frågan är om gränsen för att tillämpa tvångsåtgärder blir lägre om personen vårdas enligt LPT?

Med vänlig hälsning

Funktionsrätt Sverige



Nicklas Mårtensson
Ordförande