



Stockholms
universitet

BESLUT

2023-05-29

Dnr SU FV-0807-23

Anders Nilsson
Handläggare
Samhällsvetenskapliga fakultetsnämnden

Socialdepartementet
Regeringskansliet

Remiss: Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)

Samhällsvetenskapliga fakultetsnämnden vid Stockholms universitet har fått möjlighet att yttra sig över slutbetänkandet Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5).

Slutbetänkandet har remitterats till Institutionen för folkhälsovetenskap och Institutionen för socialt arbete som inkommit med synpunkter, se bilagor, vilka utgör Samhällsvetenskapliga fakultetsnämndens svar.

Remissvaret har på fakultetsnämndens uppdrag beslutats av dekanus Yvonne Svanström. Föredragande har varit handläggare Anders Nilsson.

Samhällsvetenskapliga fakultetsnämnden

Remissyttrande: Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)

Institutionen för folkhälsovetenskap (*Department of Public Health Sciences*, härafter PHS) och dess Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) har via Stockholms universitet som remissinstans ombetts att kommentera Samsjuklighetsutredningens slutbetänkande (SOU 2023:5).

PHS har i ett tidigare yttrandeⁱ **avstyrkt** förslaget att avveckla tvångsvård enligt *Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)* och utvidga *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)* till att inkludera tvångsvård av personer med substansbruk. LVM initieras idag av kommunernas socialtjänst och ges vid Statens institutionsstyrelse (SiS). LPT ingår i regionernas ansvarsområde. PHS står fast vid sitt tidigare yttrande och vidareutvecklar här kort resonemangen med utgångspunkt i slutbetänkandet.

Allmänna synpunkter

PHS instämmer i många av de bekymmer som framförs i utredningen kring individer som inte får sina behov tillgodosedda i den befintliga strukturen. Flera av de lösningar som ges framstår som bra i teorin, men har en tveksam praktisk genomförbarhet mot bakgrund av bristande samverkan och kompetens-, personal- och resursbrist i regionerna. Den slagsida mot psykiatriska och medicinska problembilder och lösningar som fanns i SOU 2021:93 är tydlig även i slutbetänkandet. Utredningen betonar genomgående psykiatrisk samsjuklighet, men nämner endast i ett fåtal fall att även ”socialtjänstens arbete är avgörande för många i målgruppen” (s. 175). En hög andel klienter i LVM må ha omfattande psykiatrisk och somatisk ohälsa, vilket slutbetänkandet lägger tonvikten på. Tyvärr finns inga garantier för god access och smidiga vårdövergångar i sjukvården efter en eventuell reform av missbruks- och beroendevården, inkl. LPT.

För patienterna är det bra att i början av tvångsvården kunna få abstinensbehandling inom psykiatri, vilket reformförslaget möjliggör. Forskning visar dock att målgruppen ofta upplever ett tvivelaktigt bemötande både inom psykiatri och annan sjukvård.ⁱⁱ Regionerna

framstår därmed inte som ett bättre alternativ än socialtjänsten. Utredningens förslag om en huvudmannaskapsförändring kan under överskådlig framtid inte förändra sådana synsätt eller säkerställa behovet av kompetensförsörjning, ökat professionellt utrymme, förbättrad arbetsmiljö, minskad samvetsstress osv, som utredningen uppger behövs i regionerna för att ta sig an uppdraget (s. 171).

Det finns uppenbara metodologiska problem i utredningen och därmed i slutbetänkandets slutsatser, vilket stärker PHS synpunkter. Utredningen betonar genomgående brister i LVM och SiS huvudmannaskap. Däremot saknas en lika grundlig bevisföring för hur LPT och regionerna i praktiken kan åtgärda de svagheter som finns i dagens system. Exempelvis har utredningen besökt samtliga LVM-hem och pratat med LVM-klienter, men för psykiatrin enbart haft samtal med personer i ledningsfunktion, brukarorganisationer samt besökt ”flera” psykiatriska verksamheter (s. 96). Utredningen har intervjuat socialsekreterare om tillämpningen av LVM, samtidigt som intervjuer med läkare om LPT saknas. Utredningen har dessutom jämfört LVM-domar med icke jämförbara LPT-domar rörande öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT). Dessa domar speglar inte LPT som huvudsakligen ges inom slutenvård med mer omfattande tvångsåtgärder.

Utredningen saknar därtill en tillförlitlig översikt över användningen av tvångsåtgärder i dagens LPT-vård (slutenvård) – förmodligen för att sådana uppgifter saknas. Samtidigt visar utredningens sammanställning av forskning om patienters upplevelse av tvångsvård att de upplever ”att avskiljning, fasthållning och tvångsmedicinering upplevs som övergrepp och som extremt känslomässigt tärande” (s. 140). De lovande projekt för minskad användning av tvångsåtgärder som utredningen nämner är viktiga, men förefaller vara i sin linda (avsnitt 9.1.2). Samtidigt ser utredningen det som en fördel att psykiatrin genom tvångsmedicinering kan undvika att patienter avviker från tvångsvården (s. 168). Sammantaget ser vi en risk för ökade tvångsåtgärder genom den föreslagna reformen.

PHS noterar att SiS representant i utredningens expertgrupp lämnat ett särskilt yttrande och instämmer i flera av argumenten. Det gäller framför allt risken att målgruppen kan drabbas av regional ojämlikhet och brist på differentiering (t.ex. utifrån kön och ålder). Utredningens påpekanden att det idag vanligen inte ges psykiatrisk specialistvård inom ramen för LVM är en självklar konsekvens av att SiS idag saknar sådant uppdrag.

Sammanfattningsvis försämras troligen insynen och helhetsgreppet vid en decentralisering till 20 regioner. LVM och SiS framstår både i utredningen och i befintlig forskning som mer tillgängliga och transparenta än LPT-vården, vars problem förblir mer dolda. Det finns konstaterade problem med dagens reglering, men utredningen är inte övertygande i att reformförslagen åtgärdar dessa och det finns uppenbara risker att nya problem skapas.

Slutbetänkandets tre principer

Enligt förslagen ska tvångsvård för ”allvarligt skadligt bruk eller beroende”ⁱⁱⁱ i sig eller med beaktande av annans säkerhet eller hälsa (1) ges samordnat med annan psykiatrisk vård och vara en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja, (2) användas för att förhindra dödsfall och allvarlig sjukdom och (3) slutenvården ska vara i ständig utveckling för att göra vården så trygg och meningsfull som möjligt.

PHS instämmer i vikten av att i LPT särskilja begreppen ”allvarlig psykisk störning” och ”allvarligt skadligt bruk eller beroende” (s. 255). PHS instämmer även i att tvångsvård inte bör pågå längre än vad som krävs för att rädda liv eller förhindra allvarlig fysisk eller psykisk skada. Enligt LVM-lagstiftningen ska idag vård i öppnare former enligt § 27 inledas så fort som möjligt, men i praktiken har detta ofta försvårats vilket lyfts fram av utredningen. Det förblir oklart hur en reformerad LPT-vård på motsvarande sätt snabbt ska nå en situation där patienten är i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård/stöd (s. 213) och risken för återfall är undanröjd (s. 219). Enligt utredningen varade LPT under 2015–2019 i genomsnitt 26 dagar och tiden i slutenvård 2021 varade ca nio dagar (s. 136). Detta innebär en önskvärd och avsevärd förkortning av tvångsvård för personer med problematiskt substansbruk (jämfört med dagens LVM som ofta pågår de maximala sex månaderna). Detsamma gäller om LPT för målgruppen landar på utredningens estimat om sex veckor i slutenvård eller i enstaka fall uppemot flera månader (s. 244). För en sådan grupp med svårt skadligt bruk/beroende, utsatta sociala förhållanden och en negativ inställning till vård, kan det bli aktuellt med ÖPT (ibid.). Här nämns exempelvis att patienten måste gå med på behandling eller provtagning för att påvisa drogfrihet och kan återintas till slutenvård vid återfall. Det är lovvärt att utredningen uttrycker att ÖPT ”inte är avsedd att användas som en möjlighet att slentrianmässigt ge patienten långtidsmedicinering utanför sjukvårdsinrättningen.” (s. 270f). Det förblir dock oklart hur tvångsmedlen kan komma att användas eller hur långa vårdtiderna kan bli för denna patientgrupp, vilket medför ett rättssäkerhetsproblem.

Det motsatta problemet uppstår när vårdtiden är kort och otillräcklig för att personer som ofta tvångsomhändertas i ett kaotiskt skede ska hinna ”stabiliseras” (s. 149). Risken att tappa patienten i övergången till frivilligt stöd är överhängande. Om neuropsykiatriska utredningar och -medicinering kan inledas under sådan vård skulle det möjligtvis kunna gynna en grupp patienter som idag inte får sådana behov uppfyllda inom psykiatrin. Oavsett kommer det troligen under överskådlig tid att vara svårt att på kort tid samordna de frivilliga insatser som kan behövas för målgruppen, även om ansvaret för att kalla till en samordnad individuell vårdplanering (SIP) tydliggörs och övergår till överläkaren i psykiatrin

(s. 276). Denna liksom många andra reformförslag kräver dels mer resurser, dels ersättningsmodeller som möjliggör den typ av vård och samordning som utredningen föreslår.

Att tvångsvårdens inledande, upphörande och ÖPT (under de fyra första veckorna) beslutas av en person, chefsöverläkaren, medför troligen olika bedömningar mellan olika inrättningar och regioner. Vidare kan ändringen från att LVM *ska* tillämpas till att LPT *får* tillämpas om förutsättningarna är uppfyllda bidra till än större ojämlikhet och minskad rätts-säkerhet. Det är inte troligt att ”tydlig lagstiftning, kunskapsstöd, tillsyn och kollegialt erfarenhetsutbyte” (s. 251) i praktiken kommer att väga tyngre än redan fyllda vårdplatser eller ersättningsmodeller som inte medger att patienter vårdas i slutenvård i flera månader.

Det har återkommande rapporterats att LVM ofta upplevs mer som förvaring än vård. Målsättningen att LPT ska upplevas som meningsfull är då önskvärd, men utredningen visar inte hur en kort LPT period i ett kaotiskt skede ska kunna upplevas som meningsfull utöver den livräddande avsikten. Den beskrivning som i utredningen ger av patienters upplevelse av LPT (s. 140–141) talar snarare för att LPT upplevs som lika problematiskt som LVM. Därtill tillkommer att LPT har mer långtgående tvångsmedel än LVM, vilket ytterligare försvårar denna ekvation.

Utredningen ger en del goda förslag, men mot bakgrund av de problem som vi lyfter ovan så avstyrker PHS slutbetänkandets reformförslag.

Beslut i detta ärende har tagits av institutionsstyrelsen vid Institutionen för folkhälsovetenskap 2023-05-23.

Slutnoter

ⁱ PHS yttrande över *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93) finns tillgängligt online: <https://www.regeringen.se/contentassets/a5ec3698fd4046e99b0d13b488286df0/stockholms-universitet.pdf>

ⁱⁱ T.ex. i det pågående forskningsprojektet *Risker med injektionsbruk av narkotika i en svensk kontext (RISK): Prevention av skadeverkningar i praktiken enligt brukare, vårdpersonal och samhällsaktörer*.

ⁱⁱⁱ Allvarligt skadligt bruk eller beroende definieras i utredningen på s. 216–217 och avser en tämligen bred definition. Förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT utkristalliseras ytterligare på ss. 230ff.

Yttrande över Remiss av betänkandet Från delar till helhet Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)

Författat av: professor Mats Ekendahl

Underskrivet av: fil dr Eva Samuelsson, fil dr Josefin Månsson, fil dr Karin Heimdahl Vepsä, fil dr Alexander Björk, docent Lisa Skogens, docent Ninive von Greiff, doktorand Nicklas Dennermalm, doktorand Sofia Härd, doktorand Hans Fagerström, och professor Patrik Karlsson. Samtliga vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Sammanfattning

Stockholms universitet har anmodats yttra sig över rubricerade betänkande. På Institutionen för socialt arbete ser vi stora principiella fördelar med en reformering av nuvarande tvångslagstiftning. Som i tidigare yttrande över SOU 2021:93 är vi dock fortsatt kritiska mot förslaget som innebär en ytterligare medikalisering av komplexa mänskliga problem och en samtidig försvagning av det sociala perspektivet i stödet till människor med substansbruk och psykiatriska problem. Denna utveckling står i strid med det sociala arbetets kärnvärden och med senare års kritiska samhällsvetenskapliga forskning om medikaliseringens negativa konsekvenser för hur samhället hanterar avvikande beteende.

Förslaget är i vissa avseenden mycket komplext och detaljerat och i andra avseenden mer förenklat och tycks bygga på vaga förhoppningar. Till exempel redogörs det tydligt för hur beslut om tvångsvård ska fattas och av vem, men skrivningarna är mer svepande när det rör sig om socialtjänstens förutsättningar att medverka i sammanhållna vårdkedjor (för personer som är omotiverade till livsstilsförändring) samt om hur en kommission vid Socialstyrelsen ska kunna borgen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård.

Mot bakgrund av svårigheten att kärnfullt kommentera ett så omfattande förslag kommer detta yttrande att främst rikta sig mot de tre principer som utredningen anger har väglett arbetet med att utforma en ny tvångslagstiftning. Institutionen för socialt arbetes invändningar och kommentarer till förslaget finns i punktform nedan.

1. Tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård och vara en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja

- Även om vi välkomnar en avveckling av LVM är vi skeptiska till utredningens förslag att låta tvångsåtgärder för personer med substansbruk utgöra en del av LPT. Vi förutser rättssäkerhetsproblem då utredningen tar till utgångspunkt att personer som inte lider av sk "samsjuklighet", dvs de som har ett livshotande substansbruk utan annan psykiatrisk ohälsa, kommer att kunna tvångsvårdas enligt LPT. Detta innebär att substansbruksproblem medikaliseras, vilket vi är helt emot.
- Utredningen utgår ifrån att vården ska ske i närmiljö genom psykiatrisk sluten- och öppenvård. Detta torde fungera bra för vissa personer i målgruppen för tvångsåtgärder, men

vi vill påminna om att detta kan komma att ytterligare undergräva de vårdideologiska och resursmässiga möjligheterna att erbjuda personer som så önskar vistelser på behandlingshem långt ifrån den miljö där substansbruket fortgår. Det planerade fokuset på jämförelsevis billig psykiatrisk öppenvård kan komma att försämra det professionella och politiska stödet för att erbjuda vissa personer psykosocial dygnsvård på annan ort.

- Utredningens betoning på vikten av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja låter bra i teorin, men konkretiserar inte hur kommunernas roll ska se ut i fall då den tvångsvårdade personen ej längre uppfyller rekvisiten för LPT men saknar motivation att ta emot vård eller stöd för substansbruk. Vi förutser att regionerna pga besparingskrav kommer sträva efter korta vårdtider i psykiatrisk slutenvård, och att det kommer bli socialtjänstens lagstadgade uppgift att på kort varsel hitta boendelösningar för de personer som ej längre är i akut livsfara pga pågående substansbruk, men som inte önskar andra insatser från vårdsystemet. Rent humanitärt och vårdideologiskt ser vi fram emot kortare vårdtider och krav på fungerande boendelösningar, men vill understryka att utredningens förslag sannolikt kommer innebära ökade kostnader för lågtröskelboenden (som inte kräver nykterhet/drogfrihet och vilja till livsstilsförändring) i kommunerna.
- I utredningen framhålls att regioner och kommuner ska se över hur ersättningsystem och andra styrdokument stödjer den samverkan som behövs för en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja ska komma till stånd (s. 47, s. 321). Vi ser en risk med att lägga alltför mycket ansvar på de enskilda kommunerna och regionerna och föreslår att särskild vägledning ges för hur, rent konkret, ersättningsystem och styrdokument ska utformas och följas upp för att säkerställa rätten till god vård i hela landet.
- Vi understryker vikten av att det finns medel för forskning för att följa utvecklingen av införandet av de reformer som föreslås.

2. Tvångsvård ska användas för att förhindra dödsfall och allvarlig sjukdom

- Vi är positiva till utredningens strävan efter att korta vårdtiderna och att tvångslagstiftningen ska syfta till att rädda liv, och inte att som LVM även motivera till fortsatt frivillig vård och främja långsiktig rehabilitering. Forskning visar att tvång sällan fungerar motiverande.
- Dock är vi skeptiska till följande resonemang kring hur vårdbehov ska avgöras (ss. 216-217): "Ett allvarligt skadligt bruk eller beroende är enligt vårt förslag ett juridiskt begrepp som innebär att patienten bedöms lida av det psykiatriska tillståndet skadligt bruk eller beroende, samt att tillståndet är av en sådan grad att det föreligger en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa. Med grad avses vilka konsekvenser tillståndet får. Med risk för liv eller hälsa menas att tillståndet gör att patienten riskerar att dö eller drabbas av mycket allvarlig somatisk eller psykiatrisk sjukdom. Med att risken är påtaglig menas att det är observationer av den enskilde patientens hälsotillstånd, och den medicinska prognos som de föranleder, som visar att risken finns. Risken måste inte vara omedelbar utan det är tillräckligt att risken finns på sikt. Det kan dock inte vara en allt för avlägsen framtid eftersom det ska finnas ett konkret samband mellan patientens hälsotillstånd och risken."
- Vi ifrågasätter utredningens användning av begreppen "skadligt bruk" och "beroende". Båda dessa begrepp är vetenskapligt kontroversiella och öppna för tolkning. Rimligare vore att tala om "förvirrings- eller förgiftningstillstånd", oavsett om dessa har sin grund i substansbruk eller ej.

- Vi ifrågasätter utredningens ensidiga grundtanke att "skadligt bruk eller beroende" utgör "psykiatriska tillstånd". Forskning visar att dessa fenomen är mer komplexa än så, och det är idag vanligare och mer träffsäkert att tala om att substansbruket är bio-psyko-socialt-andligt till sin karaktär.
- Vi ifrågasätter utredningens förslag att som "patienter" benämna personer med "skadligt bruk eller beroende" som ej lider av annan psykiatrisk ohälsa. Som nedan beskrivs föreslår vi istället en tvångslagstiftning som inte specifikt tar sikte på personer med substansbruk, utan som ger generell möjlighet till mycket korta tvångsinsatser (några dagar) för att avbryta akuta förgiftnings- och förvirringstillstånd så att personen blir kapabel att fatta egna beslut om liv och hälsa.
- Vi förutser att överläkares bedömning av när det "föreligger en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa" kan komma att bli godtycklig, och påverkas av både ekonomiska resurser, organisationskultur och enskilda överläkares syn på och kännedom om olika sorters substansbruk. Även om en av ambitionerna med tvångsvårdsreformen är att korta ned vårdtiderna ser vi en risk med att det saknas en bortre gräns för hur många gånger vårdtiden kan förlängas. Det går att föreställa sig fall där vårdtiden skulle kunna bli mycket lång där individen har omfattande tidigare erfarenhet av överdoser, saknar motivation att ta emot frivillig vård, och har för avsikt att fortsätta med substansbruket så fort tvångsåtgärderna upphör.
- För att undvika potentiellt godtyckliga bedömningar av när det föreligger "risk för liv och hälsa" förordar vi en tvångslagstiftning som istället riktar sig mot att hjälpa individen att bli beslutskapabel. Den primära ambitionen är då inte att den tvångsvårdade ska ta emot fortsatt vård för en livshotande situation, utan att hen ska kunna fatta beslut om denna vård. Detta är en avgörande vårdideologisk skillnad. En sådan lagstiftning skulle skydda medborgarna (oavsett om dessa är påverkade av substanser eller ej) från att fatta ogenomtänkta och livshotande beslut, men skulle inte bidra till att ytterligare medikalisera det komplexa fenomenet substansbruk. Då lagstiftningen riktas mot akuta medicinska tillstånd, såsom t ex förgiftning, delirium eller psykos, har den också en naturlig plats i en medicinsk lagstiftning.

3. Verksamheter som bedriver heldygnsvård med tvång ska vara i ständig utveckling för att göra vården så trygg och meningsfull som möjligt

- Utredningen föreslår följande: "I 5 kap. 4 § andra stycket HSL införs en ny bestämmelse som fastslår att det för en trygg och meningsfull vård på sådana enheter där det ges slutet psykiatrisk vård enligt LPT och LRV, ska bedrivas ett ständigt utvecklingsarbete som syftar till att förbättra vårdens innehåll, stärka patienternas inflytande och delaktighet, samt minska användningen av tvångsåtgärder." Detta är givetvis vällovt, men vi ser en risk att vaga formuleringar som denna blir slag i luften då det rör sig om åtgärder som förutsätter en maktobalans mellan vårdgivare och vårdtagare. Begrepp som "meningsfull vård", "utvecklingsarbete" och "patienternas inflytande" fungerar utmärkt för att legitimera långtgående insatser i enskilda människors liv, men forskning visar att de är desto svårare att artikulera praktiskt. Särskilt då målgruppen för åtgärderna är marginaliserad, stigmatiserad och förutsatt oförmögen att veta sitt eget bästa.



Juridiska fakultetskansliet

Socialdepartementet

Remiss: Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)

Juridiska fakultetsnämnden vid Stockholms universitet har anmodats yttra sig över remiss av betänkandet *Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)*.

Fakultetsnämnden avstår från att yttra sig över remissen.

Remissvaret har på fakultetsnämndens uppdrag beslutats av dekanus, professor Jessika van der Sluijs. Föredragande har varit Sandra Persson. Yttrandet har expedierats av Juridiska fakultetskansliet.

Jessika van der Sluijs

Sandra Persson