

Till Socialdepartementet

Diarienummer: S2023/00440

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

Remissvar från Sundsvalls kommun, vård- och omsorgsnämnden

#### **Övergripande synpunkter:**

Vi kan i flera avseenden ställa oss bakom slutbetänkandets övergripande förslag. Det är av vikt att tvångsvården blir en del av en sammanhållen och personcentrerad vård där individen och dennes behov står i fokus. Genom att slå samman tvångsvårdslagstiftningarna LVM och LPT till en tvångsvårdslagstiftning blir det en väg in för vård och stöd oavsett om det är ett allvarligt skadligt bruk eller beroende och/eller allvarlig psykisk störning, vilket gynnar individen. Risker som vi ser med förslagen är dels att vårdtillfällena ska bli för korta för att ha tillräcklig effekt utifrån ett missbruksperspektiv och därför inte leda till någon förändring hos individen, dels att samverkan mellan region och kommun inte kommer att gynnas av reformens förslag.

När det gäller förslagen om förändringar avseende LOB anser vi att det behöver utredas ytterligare. Erfarenheten från vårt län är att personer som omhändertas enligt LOB i större utsträckning omfattar personer som inte har ett skadligt bruk eller beroende.

#### **Socialtjänstens ansvar för vård och boende**

De förslag som slutbetänkandet ger innebär att vårdtiden för tvångsvård kortas ned. En risk vi ser med en kortare vårdtid är att socialtjänsten inte kommer att kunna erbjuda de insatser (exempelvis bostad) som krävs inom ramen för den tid som individen vårdas. Redan idag finns det utmaningar med socialnämndens särskilda ansvar att aktivt verka för att den enskilde efter en vårdtid utan samtycke får bostad, arbete, utbildning samt personligt stöd (30 § LVM). Framför allt handlar det om svårigheter med att erbjuda bostäder till målgruppen eftersom det i flera av länets kommuner inte finns bostäder att tillgå, varken via allmännyttan eller privata aktörer. Utredarnas förslag gällande regleringen innebär således inte bara en utmaning för socialtjänsten utan för hela kommunen, vilket behöver tydliggöras ytterligare.

När det gäller regleringen av ansvar anser vi att det endast ska gälla personer som vårdas enligt LPT inte LRV då det är en vårdform som individen döms till. Här anser vi att frivården bör ha ett större ansvar, inte socialtjänsten.

De personella resurser som i dag finns inom den kommunala missbruks- och beroendevården kommer att vara fortsatt viktiga för den kommunala utvecklingen. Merparten av de insatser som fortsättningsvis bör erbjudas kommer att vara stödinsatser (sysselsättning, bostäder, ekonomi mm) vilket kommer falla inom ramen för socialtjänstens ansvar. Den stora delen för denna grupp kommer handla om ett boende alternativt tak över huvudet. Här saknas ekonomiska konsekvensbeskrivningarna som tar hänsyn till den utveckling som kommunerna generellt och socialtjänsten specifikt kommer behöva genomföra.

Enligt nuvarande lagstiftningen är staten ansvarig för arbetsmarknadspolitiska insatser. Kommunerna kan, men behöver inte, anordna arbetsmarknadsåtgärder i konkurrens med andra aktörer.

Socialnämnden ska i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning. Vi anser att det behöver finnas ett förtydligande i förslaget att socialtjänsten ska ansvara för dessa insatser. Detsamma gäller tillhandahållande av bostäder där socialnämnden ska verka för att äldre människor får bostäder och har ett ansvar att tillhandahålla bostäder för personer med funktionsnedsättning samt särskilt utsatta grupper, men vilka grupper som avses är inte förtydligt i rättspraxis.

### **Omställningsarbete**

Om slutbetänkandets förslag går igenom innebär det ett stort omställningsarbete både för kommun och region där ett förändrat arbetssätt och synsätt är två viktiga faktorer.

Omställningsarbetet kommer att kräva tid och resurser, dels för de verksamheter som idag har ett ansvar som de fortsättningsvis inte kommer ha, dels för de verksamheter som idag inte har ett ansvar men som fortsättningsvis kommer att ha det. Idag är ansvaret för att erbjuda stödinsatser, exempelvis bostad och sysselsättning/arbete, inte enbart en socialtjänstfråga utan berör flera andra kommunala verksamheter. Därför ställer vi oss tveksamma till om den tid och de resurser som anges för omställningsarbete kommer vara realistiska i praktiken. Sammantaget ser vi att förslagen kommer innebära en större kostnadsökning för socialtjänst och kommun än vad som framförs i slutbetänkandet.

### **Tvångsvården drivs av regionen**

Vi instämmer med förslaget om att all sluten tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ska ges på sjukvårdsinrättning som drivs av en region. Dock är det av vikt att det medicinska perspektivet inte får vara det enda bedömningskriteriet utan att skadligt bruk och beroende ses ur ett biopsykosocialt perspektiv och bedömningar sker utifrån det. Vi ser risker med att slutbetänkandets förslag och bedömningar avseende insatser såsom vård, behandling och stöd kan komma att villkoras. Villkorande av dessa insatser pågår redan idag och risken är att hälso- och sjukvården även fortsättningsvis kommer villkora vård och behandling för personer med ett allvarligt skadligt bruk och beroende och uppdrar till socialtjänsten att de ska erbjuda dessa insatser till individen i stället.

Vi delar inte slutbetänkandets bedömning att den psykiatriska tvångsvården har förutsättningar att vårda personer med skadligt bruk eller beroende enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Det finns en stor komplexitet när det gäller stöd och behandling till personer som dels vårdas enligt tvångsvård, dels ska ut i öppna vårdformer. Förutsättningarna för landets 21 regioner att utveckla, anpassa och resursförstärka dels vård och behandling för skadligt bruk och beroende, dels tvångsvården är mycket varierande och har olika förutsättningar, vilket behöver tas hänsyn till i större utsträckning än vad som anges i förslaget.

Vi instämmer med slutbetänkandet att förutsättningarna för tvångsvård i 3 § LPT kompletteras så att tvångsvård även får ges om patienten lider av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Dock anser vi att det inte är tydligt vad som avses med begreppen *allvarligt skadligt bruk och beroende* och vill att det förtydligas ytterligare för att undvika en sammanblandning med begreppen skadligt bruk och beroende.

Vi instämmer i förslaget att 7 a § LPT kompletteras med att det är chefsöverläkaren som ska kalla till samordnad vårdplanering samt att vårdplanen ska innehålla en bedömning av om patienten tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Vidare instämmer vi i förslaget om att det är chefsöverläkaren som ska föreskriva de särskilda villkoren samt vara den som beslutar om återintagning.

Vi instämmer delvis i bedömning att psykiatri har tillräckliga förutsättningar att hantera utagerande patienter. Det går inte att förutsätta att det, inom samtliga 21 regioners psykiatri, finns tillgång till behandling och personal med kompetens som kan minska riskerna för sådana situationer. Det här är en annan typ av patienter där det även kan handla om fritagande av patient under tvångsvård.

När det gäller kompetensförsörjning och utveckling instämmer vi i bedömning att regionerna bör arbeta på flera områden samtidigt för att säkerställa kompetensförsörjningen inom området. Vi vill även påvisa vikten av att det även sker ett samarbete med socialtjänsten i denna fråga. Vi anser också att socialtjänsten ska vara en samarbetspart i att utveckla gemensamma utbildningar för att minska att det uppstår organisatoriska mellanrum i planeringen och för att det biopsykosociala perspektivet inte ska tappas bort i planeringen för individen.

Vi instämmer i bedömningen att en konsekvens av delat ansvar för vård och stödinsatser vid placering på HVB bör innebära att regioner och kommuner antingen behöver bedriva verksamheten gemensamt eller upphandla verksamheter gemensamt. Det gäller särskilt insatser till personer som ges öppen psykiatrisk tvångsvård och insatser till barn och unga.

### **Samordnad vård- och stödverksamhet**

Vi instämmer delvis i att en gemensam samordnad vård och stödenhet kommer att vara till stöd för regionerna i det nya uppdraget. Vi anser dock att det inte finns förutsättningar för landets 290 kommuner och 21 regioner att upprätta samordnande vård- och stödverksamheter likt de förslag som beskrivs dels i delbetänkandet, dels i slutbetänkandet. Däremot kan gemensamma arbetssätt i form av multidisciplinära psykosociala team i högre utsträckning möta de behov som utredarna vill nå utifrån sitt förslag.