



Remissyttrande

Datum 2023-04-26

Diarienummer RS 2023-01206

Ert diarienummer S2023/00440

Socialdepartementet

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

Samsjuklighetsutredningens har haft i uppdrag att föreslå hur samordnade insatser - när det gäller vård, behandling och stöd - kan säkerställas för personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Syftet har varit att skapa förutsättningar för att personer med samsjuklighet erbjuds samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg och får tillgång till de medicinska och sociala insatser som de är i behov av.

Västra Götalandsregionen (VGR) har våren 2022 lämnat synpunkter på uppdragets första del och aktuellt remissvar rör endast delar av tilläggsdirektivets förslag.

Begreppet ”skadligt bruk och beroende” används genomgående i detta dokument. Begreppet ”missbruk”, det nuvarande begrepp som återfinns i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (2017:30) kapitel 16 §3, har fasats ut.

Synpunkter från Västra Götalandsregionen

5.2 Tre principer

1. Tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård och vara en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.
2. Tvångsvård ska användas för att förhindra dödsfall och allvarlig sjukdom.
3. Verksamheter som bedriver heldygnsvård med tvång ska vara i ständig utveckling för att göra vården så trygg och meningsfull som möjligt.

VGR ställer sig bakom dessa principer. Delaktighet och inkludering för de som berörs av en fråga är genomgående princip i VGR:s mål för social hållbarhet 2030 och lyfts särskilt fram i dess målområde nr 3: Trygghet, tillit och delaktighet. Det faktum att utredningens förslag har arbetats fram tillsammans med personer med egen erfarenhet samt anhöriga, är i sig ett arbetssätt i linje med mänskliga rättigheter.

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

Förslag: Regionen ska ansvara för vård och behandling utan samtycke vid skadligt bruk och beroende.

Förslaget framstår som en logisk konsekvens av att regionerna enligt utredningens delbetänkande föreslås ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende. Genom förslaget att *Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)* upphör läggs ett medicinskt, administrativt och juridiskt ansvar på regionerna att hantera hela tvångsvården vid skadligt bruk och beroende. Eftersom samsjukligheten är hög, och många individer som vårdats enligt LVM även har fått insats via *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)* eller frivillig psykiatrisk vård finns det ur juridiskt perspektiv, såväl för huvudmännen som för patienterna, fördelar med att hålla ihop regelverket.

Personer med fysisk och/eller intellektuell funktionsnedsättning och/eller neuropsykiatriska diagnoser utgör en särskild riskgrupp och problematiken bidrar i stor utsträckning till samsjuklighet vid skadligt bruk och beroende. Samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser med möjlighet till anpassning utifrån funktionsnedsättningen samt vid behov utredning av tidigare odiagnostiserad funktionsnedsättning blir på ett avgörande sätt möjliga att erbjuda vid genomförande av denna reform. Tvångsvården med utgångspunkt i LPT kan då bli en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja med en större flexibilitet och möjlighet till samordnade insatser gällande psykiatrisk vård och sociala insatser.

6.2 All sluten tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ges på sjukvårdsinrättning som drivs av en region

Förslag: All tvångsvård vid skadligt bruk och beroende är regionernas ansvar. Den slutna tvångsvården ska ges enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård på en sjukvårdsinrättning som drivs av regionen.

VGR ställer sig principiellt positivt till föreslagna förändringar. Nuvarande tvångslagstiftning (LVM) är ålderdomlig med fokus på frihetsberövande och med tandlös reglering för öppen vårdform. Att tvångslagstiftningen på beroendområdet nu överförs till LPT möjliggör öppen vårdform med möjlighet till stipulerade särskilda villkor samt möjlighet till återintagning i sluten vård vid svikt.

6.3 Den psykiatriska tvångsvårdens förutsättningar att vårda personer med skadligt bruk eller beroende

VGR delar bedömning att regionen har förutsättningar för att tvångsvårda personer med skadligt bruk och beroende men förutsättningar behöver utvecklas och insatser anpassas. Problematiskt för regionerna kommer att bli frågan om resurser för att kunna omhänderta ett ökat antal patienter, både inom öppen och slutenvård. Kompetensförsörjning utgör en särskild utmaning, regionerna har redan idag stora svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. Lokalmässigt kommer det att ta tid och bli kostsamt att planera för och bygga nya lokaler utifrån det nya uppdraget. En annan faktor är att den nya målgruppen

oftare har utagerande beteende. Ett akut drogbruk och även samsjuklighet samt viss etablerad kriminalitet förekommer inom gruppen i större omfattning än inom den population som normalt är inlagda på en psykiatrisk avdelning. Således kommer även avskiljningsrum och extra säkerhetsåtgärder behöva byggas in. Vi vill trycka på det som står i förslaget:

”Utredningen om God tvångsvård (SOU 2022:40) föreslår att patienter som vårdas enligt LPT endast kortvarigt får placeras på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för rättspsykiatrisk vård och bara om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar någon annan. Detta sker i dag när det gäller LPT-patienter som har en allvarlig vålds-problematik. Om utredningens förslag, i denna del, genomförs kommer regionerna därför behöva se över säkerheten för LPT-inrättningar för att säkerställa att det vid behov finns platser med tillräckligt utbyggd säkerhetsnivå.”

Skrivningarna är i linje med VGR:s mål för social hållbarhet. Delmål 3:2: Främja frihet från våld, hot, kränkningar och tvång innehåller följande skrivelse: ”Medvetenhet om mänskliga rättigheter ska integreras i psykiatrin. Detta innebär till exempel ökad delaktighet för patienten och minskad användning av tvångsmetoder. Inom psykiatrin arbetar VGR aktivt med en nollvision om tvångsåtgärder”.

VGR har sedan 2013 drivit ett utvecklingsarbete tillsammans med psykiatriska verksamheter, rättighetsbärare vid dessa verksamheter och brukarrörelsen för att utveckla arbetet med mänskliga rättigheter i psykiatrin samt minska tvångsåtgärder. Erfarenheter från det här arbetet visar att minskade tvångsåtgärder i enlighet med mänskliga rättigheter stärker hälsan och egenmakten för såväl patienter som för personal. Erfarenheter från arbetet visar också att personalen på de avdelningar som tar ett helhetsgrepp på mänskliga rättigheter (dvs där samtliga personalkategorier deltar och där personalen har förutsättningar att bedriva arbetet) minskar tal för sjukskrivning samt behåller lättare personal.

6.4 Socialtjänstens ansvar för boende och sysselsättning

Förslag: I socialtjänstlagen införs en ny paragraf, 5 kap. 9 b §, som förtydligar att socialnämnden aktivt ska arbeta för att en patient som vårdats enligt LPT eller LRV, vid öppen psykiatrisk tvångsvård, öppen rättspsykiatrisk vård och efter tvångsvårdens upphörande får bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv. Bestämmelsen ska gälla alla patienter som vårdas enligt LPT och LRV.

Aktuell paragraf (se nedan) är författad på ett sätt som kan misstolkas på så sätt att ansvaret bara skulle gälla vid öppen vård och avslutad vård. Det är av stor vikt att paragrafen författas på så sätt att Socialnämndens ansvar även gäller när det enskilde är föremål för slutna vård, exempelvis vid permission. Vårdtider måste kunna kortas för att vi ska kunna ta emot fler patienter.

6.5 Ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser vid placering utanför egna hemmet

Förslag: I delbetänkandet föreslås att det i 8 kap. 12 § HSL ska regleras att regionen ansvarar för att den som tagits emot i ett hem för vård eller boende erbjuds en god hälso- och sjukvård. Det föreslås även att det görs en hänvisning till bestämmelsen i 6 kap. 1 § SoL.

I detta betänkande föreslår vi att bestämmelsen i 8 kap. 12 § HSL i stället ska formuleras så, att regionen ska ansvara för att den som placerats utanför det egna hemmet erbjuds en god hälso- och sjukvård, samt att även hänvisningen i 6 kap. 1 § SoL ändras i enlighet med detta.

16 kap. 3 § HSL kompletteras med att regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna ska tillgodoses för personer som fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet.

Motsvarande bestämmelse införs i en ny paragraf i 2 kap. 8 § SoL. Förslaget ska ses som ett tillägg till vårt förslag i delbetänkandet. Det finns redan bestämmelser i 5 kap. 1 d § SoL och 16 kap. 3 § HSL om att region och kommun ska ingå överenskommelse om sitt samarbete om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Som utredningen anger kommer det delade ansvaret vid placeringar utanför det egna hemmet innebära att kommuner och regioner antingen behöver bedriva verksamheten gemensamt - eller upphandla verksamheter gemensamt. För att klara detta måste lagstiftningen ge tydliga förutsättningar till en smidig digital informationsöverföring avseende individer som får sammanhållna insatser från olika huvudmän. Man lär exempelvis behöva gemensam dokumentation och/eller något som motsvarar direktåtkomst till varandras uppgifter. I den nya lagen om sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation (SVOD) undantas specifikt dokumentation om insatser som lämnas på grund av att en person har ett missbruk/skadligt bruk/beroende från sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation. Därtill ingår inte insatser på grund av tvångsvård enligt LVM i SVOD när det gäller socialtjänstens insatser. Om huvudmannskapet ska flyttas från socialtjänst till regionernas sjukvård och ingå i LPT, är det rimligt att även socialtjänstens dokumentation om personen kan delas elektroniskt på ett sätt som liknar direktåtkomst. Detta då förslaget i stort syftar till ökad samverkan och gemensam planering mellan region och socialtjänst. Eftersom vården ges med stöd av tvång, framstår det dock inte som lämpligt att något samtycke från patienten/individen ska krävas för att nödvändig information om individen ska kunna delas mellan huvudmännen. I övrigt hänvisas till vad som först fram i VGR:s remiss-yttrande till delbetänkandet s. 15 rubrik **11.9 Informationsdelning och sekretess angående behovet av smidig informationsöverföring** (ert diarienummer S2021/07629).

En stor generell utmaning för VGR är att länet har 49 kommuner som vi ska samverka med i dessa frågor. En förutsättning för att vardagen ska fungera är att det finns överenskommelser och kompatibla system för överföring av information med alla 49 kommunerna.

6.8 Hälso- och sjukvårdens ansvar för personer som omhändertas på grund av berusning ska förtydligas

Förslag: Regionernas ansvar för att bereda vård till personer som omhändertas av polisman enligt LOB, förtydligas i 8 kap. 11 § HSL. Av 3 § LOB, som ändras, ska det framgå att den omhändertagne ska föras till ett sjukhus eller annan vårdinrättning som kan ge stöd och behandling om inte annat följer av 4 §. Om personen inte kan frigges får hen tas i förvar enligt 4 § enbart om det är nödvändigt med hänsyn till ordning och säkerhet eller därför att vård av något annat skäl inte kan beredas på sjukhus eller någon annan vårdinrättning.

LOB berör en stor målgrupp vars behov många gånger fallit mellan stolarna. Det är en viktig insats då den kan rädda liv. Regionen bör ta ansvar för det medicinska omhändertagandet men frågeställning är dock komplicerad eftersom insatsen kan beröra flera huvudmän. VGR anser att omhändertagande enligt LOB behöver beredas tydligare och det är därför rimligt att anta att genomförande av förslag behöver ske under längre tidsperiod.

7.2 Förutsättningar för tvångsvård

Förslag: Förutsättningarna för tvångsvård i 3 § LPT kompletteras så att tvångsvård även får ges om patienten lider av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Vid bedömningen av vårdbehovet ska det även beaktas om patienten till följd av den psykiska störningen eller det skadliga bruket eller beroendet är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

LVM och LPT har i grunden olika syften och legal konstruktion och uppbyggnad och utgångspunkten för tvångsvård skiljer sig åt. Det är svårt att på förhand helt förutse juridiska konsekvenser av den - stora - reform det innebär att upphäva LVM och i stället ”flytta in” den vårdformen inom ramen för befintlig LPT. Utredningen synes dock ha gjort noggranna överväganden och har belyst hur ”allvarligt skadligt bruk eller beroende” kan föras in i LPT, utan att göra åverkan i väl etablerade begrepp som ”allvarlig psykisk störning” och ”oundgängligt vårdbehov”. Det framstår juridiskt sett som klokt att knyta an till LPT:s befintliga bestämmelser i övrigt, då detta bidrar till mer likartad tillämpning. För regionernas hälso- och sjukvårdspersonal är det positivt att slippa hålla koll på två parallella tvångslagstiftningar med olika, korta tidsfrister och differentierade krav på administration.

Det är också positivt att det inte behövs något nytt vårdintyg om tillståndet som föranleder tvångsvård bedöms ändras från allvarlig psykisk störning till allvarligt skadligt bruk eller beroende, eller tvärtom.

Juridiskt sett ställer sig VGR på det stora hela bakom föreslagen reglering och att ”allvarligt skadligt bruk eller beroende” införs som en självständig grund för tvångsvård. Detta särskilt då det annars finns risk för sammanblandning med straffrätten på ett icke önskvärt sätt.

- **Särskilt om vilka substanser som ska föranleda tvångsvård**

Det framstår som klokt att utmönstra vilka substanser/preparat som ska avses med det skadliga bruket för att i stället bara ange ”skadligt bruk eller beroende”. Då läses inte lagstiftningen fast till vissa på förhand angivna

substanser. Samtidigt kan det bli mindre förutsebart och därmed mindre rättssäkert för den enskilde. Detta vägs dock upp av kravet på ett oundgängligt vårdbehov. Det är dock av vikt att regeringen i förarbetena betonar i vilka situationer ett skadligt bruk eller beroende ska kunna leda till tvångsvård samt att enbart etablerade diagnossystem ska användas. Detta för att öka förutsebarheten så att inte moraliska eller politiska uppfattningar om vad som är oönskat eller skadligt beteende kan föranleda tvångsvård.

- **Förhållandet till LVU**

Om en person är under 20 år kan den även få LVU-vård enligt 3 § LVU vid bruk av beroendeframkallande medel. Det kan därmed också vara svårt att initialt veta vilken huvudman som är ansvarig - socialtjänsten eller regionen. För att undvika gränsdragningsproblem bör det klargöras så tydligt som möjligt i förarbetena när vilken lag ska användas.

Barnperspektivet måste tydliggöras och beaktas. Till exempel om det uppstår ett glapp i lagstiftning om vilken huvudman som bär ansvaret när barn blir vuxna.

- **Skyddet för närstående**

Det bör övervägas om inte - likt i dag i LVM - skyddet för närstående vid tvångsvård på grund av allvarligt skadligt bruk ska anges särskilt i bestämmelsen. Annars riskerar dessa att ”glömmas bort” i tillämpningen. Därtill kan kretsen som ska beaktas i skadebedömningen komma att utvidgas på ett sätt som lagstiftaren tidigare inte bedömt vara motiverat när det gäller skadligt bruk (det som i dag regleras i LVM).

Kapitel 7 beskriver förutsättningarna för tvångsvård när patienten är ett barn och barnkonventionens betydelse, vilket är väldigt bra. Eftersom barnkonventionen sedan 1/1 2020 är svensk lag är det dock förvånande att utredningen i kapitlet med ”Konsekvenser” inte analyserar konsekvenser av utredningens förslag utifrån barnets rättigheter. Här hade även barn som anhöriga kunnat lyftas fram. VGR har valt att integrera arbetet med barn som anhöriga enligt HSL i det övergripande arbetet för regionen med barnets mänskliga rättigheter.

En lagstiftning (LVU-LPT-LRV- LOB) som är så enkel och tydlig som möjligt, där tolkningsmöjligheter och oklarheter eliminerats och som underlättar praktisk tillämpning efterfrågas.

7.3. Öppen psykiatrisk tvångsvård

7.3.3. Ansökan och beslut

<p>Förslag: I en ny bestämmelse i 6 c § LPT föreslås chefsöverläkaren kunna fatta beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård under de fyra första veckorna av tvångsvården. Att chefsöverläkaren får föreskriva villkoren under den tiden framgår av 26 §. En samordnad vårdplan ska upprättas innan beslut om vård i öppen form.</p>
--

<p>Om patienten bör ges tvångsvård utöver fyra veckor ska chefsöverläkaren, liksom i dag, enligt 7 § första stycket LPT ansöka om medgivande till sådan vård, i öppen eller sluten</p>
--

form, och rätten ska föreskriva villkoren. En erinran om särskilda bestämmelser om ansökan till förvaltningsrätten efter återintagning införs i 7 §.

En ny bestämmelse i 6 c LPT föreslås så att chefsöverläkaren numera ska kunna fatta beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård under de första fyra veckorna utan ny ansökan till förvaltningsrätten. VGR ser positivt på detta och ställer sig bakom förslaget då det förbättrar vårdens möjligheter att anpassa nivån på tvångsingripandet utifrån patientens behov. Det minskar administrationen och ÖPT är rimligen en sådan mindre ingripande vårdform där det är onödigt för alla inblandade att behöva gå via domstolen med en ansökan. På detta vis kan patienten snabbare slussas ut från intagen slutenvård när det inte behövs samtidigt som den administrativa bördan för vårdformen minskar något.

7.3.4 Samordnad vårdplan

Förslag: 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.

Paragrafen förtydligas också redaktionellt så att det blir entydigt att en samordnad vårdplan alltid ska bifogas en ansökan till förvaltningsrätten om medgivande till öppen psykiatrisk tvångsvård. Vidare förtydligas att vårdplanen anses upprättad när den har justerats av de enheter som ska svara för insatserna.

Av den föreslagna 6 c § framgår att en samordnad vårdplan ska upprättas innan beslut om vård i öppen form.

- VGR är positivt inställd till förslaget om tillskapandet av *lag om samordnad vård- och stödverksamhet*. Kontinuerlig samverkan mellan regionens sjukvård och kommunernas socialtjänst är avgörande för att målgruppen ska erhålla nödvändig behandling och stödinsatser genom hela vårdförloppet.
- Det är positivt med föreslagna förtydligande som tas in i lagen då formaliafrågor kring samordnade vårdplaner har vållat praktiska bekymmer och avvisningsbeslut från domstol.
- De flesta som vårdats inom LPT/LRV bör sannolikt kunna rekommenderas fortsatt kontakt inom V&S-verksamhet. Det kan bara svårare att motivera målgruppen unga vuxna till insatsen då de ännu inte hunnit utveckla allvarligare hälsoproblem och funktionsnedsättningar. Det finns därför absoluta behov av fortsatt utveckling av insatser särskilt riktade till barn, unga och unga vuxna (till exempel MiniMari-maottagningar), parallellt med föreslagen samordnad stöd- och vårdverksamhet.

7.3.5. De särskilda villkoren

Förslag: En ny bestämmelse införs i ett nytt andra stycke i 26 § LPT att det är chefsöverläkaren som ska föreskriva de särskilda villkoren enligt 3 § första stycket 2 då chefsöverläkaren beslutar om öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 6 c §.

- Att villkorskatalogen i LPT kompletteras till att även omfatta skyldighet att underkasta sig provtagning är en rimlig följd av att allvarligt skadligt bruk eller beroende tas in som grund för tvångsvård.
- Skyldighet att underkasta sig provtagning.
VGR anser att den utformning som utredningen föreslår i den nya 23 c § LPT är alltför detaljerad och svårtillämpad. Det rimliga är att patienten *alltid* från ankomst och under vårdtiden ska kunna underkastas provtagning när denne tvångsvårdas för allvarligt skadligt bruk eller beroende - *när det finns anledning till detta* för att uppnå syftet med vården. Det framstår som olyckligt att införa två olika rekvisit med olika misstankes-nivåer för att få använda åtgärden provtagning. Dessutom gäller alltid proportionalitetsprincipen. I stället föreslår VGR en skrivning i stil med att ”provtagning får endast vidtas om det står i rimlig proportion till åtgärden”.

Slutligen noteras att provtagning sannolikt ofta lär anges som ett särskilt villkor vid öppen psykiatrisk tvångsvård - och särskilda villkor föreskrivs vid behov vid öppen psykiatrisk tvångsvård (jfr 3 § 2 LPT ”behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård”). Det blir då inkonsekvent att högre/olika misstankegrad ska gälla för den som vårdas ineliggande vid en sjukvårdsinrättning än för den som bereds öppen psykiatrisk tvångsvård. Därtill behöver man även under pågående tvångsåtgärd alltid arbeta för ökad tillit mellan vårdtagare och vårdgivare. Utan visst samtycke och patientens delaktighet är det inte möjligt att genomföra drogtest via urin eller saliv.

8.2 Anmälningsskyldighet för socialtjänsten

Förslag: I 2 kap. 9 § SoL införs en ny bestämmelse att socialnämnden är skyldig att anmäla till regionens hälso- och sjukvård om de får kännedom om en person där det finns skäligen anledning att anta att det finns ett behov av sluten psykiatrisk vård och den enskilde motsätter sig att frivilligt söka sådan vård. Socialnämnden är skyldig att lämna regionen alla uppgifter som kan vara av betydelse för att en läkare ska kunna göra en bedömning av den inkomna anmälan.

I LPT införs en ny paragraf, 1 b §, som erinrar om socialnämndens anmälningsskyldighet och som ålägger regionen att säkerställa att det finns rutiner för ta emot och bedöma anmälningarna samt hur nämnden kommer i kontakt med regionen.

Det framstår som onödigt detaljerat att i lagstiftning ställa krav på att regionen ska ha rutiner för att ta emot anmälningen. Det ifrågasätts om detta stadgande behöver införas i lag, då det lär följa av allmänna förvaltningsrättsliga principer att regionerna ska kunna hantera en sådan anmälan.

Det kan dock bli en omfattande administration att hantera alla anmälningar. Det kommer även innebära att sjukvården kommer att behöva göra bedömningar av enskilda patienter i större utsträckning. Det innebär en ökad belastning på läkare som ska ta ställning till vårdintyg. Det innebär också att det kommer att behövas lokaler för att göra dessa bedömningar av utagerande patienter m.m.

9.1 Ett ständigt utvecklingsarbete för en trygg och meningsfull heldygnsvård ska bedrivas

Förslag: 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 sluten 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.

Sammantaget mycket bra förtydliganden för såväl regionerna som kommunerna att samplanering vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska påbörjas på tidigt stadium i vårdprocessen.

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 ett särskilt organ, en kommission, i syfte att förstärka kunskapen om tvångsvårdens bedrivande, förstärka patienternas rättssäkerhet och stödja utvecklingen av en trygg och meningsfull tvångsvård. Kommissionen föreslås heta Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård men kan kallas tvångsvårdskommissionen. Kommissionens uppdrag ska omfatta all tvångsvård av barn och vuxna som bedrivs enligt LPT och LRV.

Juridiskt kan det ifrågasättas om det är nödvändigt att särreglera uppföljning av just LPT, då det redan finns lagkrav på att regionen systematiskt ska följa upp kvaliteten i hälso- och sjukvården (se till exempel 5 kap. 4 § HSL och 3 kap. 1 § PL). Dock kan man kliniskt inte nog betona vikten av att förbättra tvångsvården så att den blir en trygg, meningsfull och rättssäker insats för den enskilde. Nationellt förbättringsarbete via kommission ses som positivt förslag.

Konsekvenser av reformen

Målgruppen och dess närstående

VGR ser positivt på reformen som helhet, den utgör grund för ett framtida förbättringsarbete inom området. Reformen kan med stor sannolikhet ge möjlighet till förbättrad psykisk och somatisk hälsa samt ökad livskvalitet för målgruppen med samsjuklighet men också för dess närstående.

Utredningsförslagen som helhet är dock omfattande och det är av vikt att man uppmärksammar betänkandet på olika sätt. Inte minst är det viktigt att öka den generella förståelsen för att skadligt bruk och beroende är ett sjukdomstillstånd som kan behandlas. För att förslagen ska kunna genomföras behöver attityder och normer till målgruppen revideras, samhället i stort och vården i synnerhet kan inte längre lägga hela ansvaret av insatser på den enskilde eller förlägga över vårdansvaret på annan myndighet. Det är väsentligt att man noterar eventuella undanträngningseffekter i relation till nuvarande målgrupp inom LPT. Målgruppen behöver stöd för att de insatser som föreslås också ska kunna genomföras i verkligheten. För att få ökad kunskap kring målgruppen och dess behov, utifrån de förändrade ramarna, kan forskning behöva planeras i samband med beslut och genomförande av reformen.

Styrning och ledning

Att implementera ny lag, nya ansvarsområden, nya arbetssätt tar tid och kräver stora resurser. Det är av vikt att ansvariga chefer och utvecklingsfunktioner förstår vidden av reformen. Det är viktigt att ha beredskap för att det kan finnas behov av att revidera föreslagen tids- och finansieringsplan. Därför är det en nödvändighet att det finns en tydlighet kring styrning, processledning och uppföljning - både nationellt, regionalt och lokalt.

Samverkan

Betänkandet föreslår uppbyggnad av lagstadgad samordnade vård- och stödverksamheten samt överenskommelser och samverkan mellan huvudmännen då det gäller placering utanför hemmet, tex vid HVB-hem. Nya ansvarsgränser mellan huvudmännen skapar nya frågor som behöver tas om hand, VGR ser det som viktigt att man från nationellt håll bidrar till att skapa en så god tydlighet som möjligt kring ansvarsgränser.

VGRs samverkan med länets 49 kommunerna är av stor vikt i samband med denna förändring. Att inom den länsövergripande vårdssamverkansnivån redan nu uppdra att se över vad detta skulle innebära i praktiken. Implementering av nya arbetssätt som sker inom vårdssamverkan behöver omhändertas delregionalt, för att sedan på lokal nivå få effekt/resultat för invånaren. För att patienterna ska kunna återgå till samhället behöver samverkan ske i ett tidigt stadie. Den kompetens som regionen behöver för att kunna utföra sitt nya uppdrag på ett patientsäkert och personcentrerat sätt kan i nuläget finnas hos kommunerna. Arbetet med att kartlägga förutsättningar för samverkan kring integrerade verksamheter behöver snarast sättas i gång i samverkan med länets 49 kommuner.

En särskilt viktig fråga för vårdssamverkan gäller barn och unga. Fokus i reformen läggs helt naturligt på målgruppen med allvarlig samsjuklighet. Det är emellertid viktigt att inte glömma att barn, unga och kanske framför allt unga vuxna upp till cirka 25-års ålder kan ha allvarliga hälsoproblem och funktionsnedsättningar utan att den enskilde individen egentligen vidstår sin problematik. Det är nödvändigt att behov av integrerade, förebyggande och tidiga insatser till denna unga målgrupp lyfts fram. Placering av barn utanför hemmet kommer att generera kostnader, inte minst då det berör behandling av vårdbehov. En fortsatt utveckling av samordnade MiniMaria-mottagningar kommer att behövas, även om detta inte är något som framhävs i betänkandet.

Ekonomi

Den nya reformen kommer att innebära ett större åtagande totalt sett och det kommer att ta tid och bli kostsamt att hantera det nya uppdraget. Utöver vad det första delbetänkandet föreslog noteras att aktuellt betänkande innebär ytterligare konsekvenser; Fler patienter kommer att vara i behov av slutenvård vilket ger att fler slutenvårdsplatser måste tillskapas. Behov av fler slutenvårdsplatser kan ligga högre än vad betänkandet beräknat. Målgruppen torde behöva flera slutenvårdstillfällen då återfall i substansbruk är vanligt vid omfattande besvär. Öppenvården kommer att få ett ökat tryck och mottagningar måste rustas för att kunna ta emot LPT-patienter utan att väntetider skapas.

I det tidigare remissvaret ”Remiss En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)” noterade VGR den stora osäkerheten i kostnadsbilden hos regioner och kommuner. Variationerna i ansvarsgränsen som beskrevs nationellt finns även inom Västra Götaland och bedömningen gjordes att resurser och kostnader är svåra att förutse. Planeringstiden med förberedelser behöver inkludera kartläggning av verksamhet och resurser som bör överföras till regionerna. Denna bedömning gäller även för delbetänkandet om tvångsvården.

Då man räknar på skatteväxling för vården av patientgruppen med skadligt bruk och beroende så kan det vara klokt att ha i åtanke att gruppen kan antas öka givet pågående ekonomiska nedgång. Det är ett område där forskningen ser ett samband som också känns igen från 1990-talet. Risken finns kanske annars att man i stället kopplar ihop en ökning av gruppen med beroendeproblematik med själva reformen.

För delregional och lokal nivå är det av vikt att regioner och kommuner ges tydligt stöd och vägledning till hur fördelning av resurser och kostnader ska fördelas. Det är en återkommande åsikt om att tillskott av medel bör gå direkt till respektive sjukvårdsförvaltning så att resurserna kommer verksamheterna till godo. Västra Götaland är emellertid ett stort län och det finns skiftande förutsättningar i länet. För att skapa jämlik vård behöver vissa riktlinjer vara entydiga och överenskomna med de 49 kommunerna, detta gäller framför allt finansiering av vården vid placering utanför det egna boendet.

Med en stabil vårdkedja torde regionen på lång sikt se ekonomiska vinster i form av generellt minskat vårdbehov, mindre behov av akut- och slutenvård, minskad narkotikarelaterad dödlighet och ökad livslängd. Andra troliga samhälls-ekonomiska konsekvenser torde kunna vara minskat bidragsberoende och ökad förmåga till arbete och eget boende. Hälsoekonomer har redan idag, bland annat inom LARO-vården, visat att varje investerad krona kan ge mångdubbelt tillbaka.

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning utgör en generell utmaning men i relation till aktuellt betänkande krävs också en särskild kompetens för att kunna arbeta med personer som vårdas under tvång. Lokalfrågor och arbetsmiljöfrågor är tätt sammankopplade till detta. Delar av målgruppen som idag vårdas inom LVM och vid vårdhemmen inom Statens Institutionsstyrelse kan ha ett utagerande och hotfullt beteende. Regioner måste därför säkra att det finns en trygg arbetsmiljö, både för personal, medpatienter och närstående. Att utveckla vården och bygga om lokaler är kostsamt.

Kunskap inom beroendemedicin behöver kompletteras. Detta gäller generellt för alla vårdnivåer och verksamheter – för alla åldrar. I relation till aktuellt betänkande krävs särskild kunskap inom allvarlig samsjuklighet och tvångsvård. Kunskapspridning är påbörjad men fortsatt insatser behövs och är kostsamma, inte minst utifrån att personal måste avsätta tid för att delta i utbildningar. Betänkandet föreslår att kompetens och personella resurser ska föras över från SiS och socialtjänst till regionen. Det är tveksamt i vilken omfattning detta kan ske. SiS-hem ligger ofta geografiskt mer isolerade och personalens kompetens

motsvarar inte alltid regionens behov. Socialtjänst kommer att behöva ha kvar stora delar av sin personal till att hantera det ansvar som följer med reformförslagen.

För att nå jämlik vård och nationell samsyn ser VGR det som viktigt att nationellt stöd ges för utveckling av beroendekunskap, tolkning av ny lag och arbetssätt som gynnar målgruppen.

I VGRs remissvar till första delbetänkandet påpekades att insatser för att öka kompetensen behöver genomföras inom hela hälso- och sjukvården, inom alla vårdnivåer. Samverkan mellan berörda huvudmän, arbetsgivare, yrkesgrupper och utbildningsanordnare/lärosäten är en förutsättning och där samarbetsparterna bör vara nationell kunskapsorganisation med Nationellt Programområde Psykisk hälsa och Nationell arbetsgrupp beroende. Stödstrukturer för samverkan kring kunskapsstyrning inom Nationellt Programområde Psykisk Hälsa måste ha förutsättningar för långsiktigt och hållbart samarbete kring kunskapsutveckling, på nationell nivå liksom regional- och lokal nivå.

Regionstyrelsen
Västra Götalandsregionen

Helén Eliasson
Regionstyrelsens ordförande

Håkan Sandahl
Regiondirektör