

Från delar till helhet

Tvångsvården som en del av en sammanhållen
och personcentrerad vårdkedja

Slutbetänkande av Samsjuklighetsutredningen

Stockholm 2023



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2023:5

SOU och Ds finns på [regeringen.se](https://www.regeringen.se) under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](https://www.regeringen.se/remisser).

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2023

ISBN 978-91-525-0540-3 (tryck)

ISBN 978-91-525-0541-0 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet

Camilla Waltersson Grönvall

Regeringen beslutade den 17 juni 2020 att uppdra åt en särskild utredare att föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. I utredningens uppdrag har bland annat ingått att analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman och se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman (Dir. 2020:68). Delbetänkandet överlämnades den 25 november 2021. Regeringen beslutade i tilläggsdirektiv (Dir. 2021:96) den 28 oktober 2021 att ge utredaren i uppdrag att lämna förslag på en gemensam lagstiftning för att bland annat göra tvångsvårdslagstiftningen mer flexibel i sin utformning, säkerställa att insatser ges utifrån den enskildes behov samt stärka rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som ska vårdas med stöd av den gemensamma tvångslagstiftningen samt ta ställning till och bedöma behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan de berörda huvudmännen. Ett slutbetänkande ska lämnas senast den 31 januari 2023.

Jur.kand. Anders Printz förordnades den 29 juni 2020 som särskild utredare.

Den 25 september 2020 förordnades följande personer som sakkunniga att bistå utredningen: departementssekreteraren Joanna Hägg, departementssekreteraren Andrea Larsson och departementssekreteraren Max Roos. Samma dag förordnades som experter: enhetschef Thomas Fröberg, social strateg Sara Gustavsson Roxell, socialpolitisk chef Fredrik Hjulström, specialistsjuksköterska psykiatri

Joffen Kleiven, utredare Carl Lundgren, enhetschef Sara Lövenhag, handläggare Mikael Malm, handläggare Zophia Mellgren, medicinsk rådgivare Lars-Håkan Nilsson, leg. läkare Eva Nilsson Bågenholm, enhetschef Marie Risbeck, specialist i psykiatri Sofia Rydgren Stale, utredare Peter Salmi, förbundsordförande Ann-Kristin Sandberg och legitimerad psykolog Sara Finn Wallhed.

Den 1 december 2020 entledigades departementssekreteraren Andrea Larsson och ersattes av departementssekreteraren Kalle Brandstedt. Samma dag entledigades utredaren Carl Lundgren och ersattes av utredaren Linda Hörnqvist. Den 1 januari 2021 entledigades enhetschefen Marie Risbeck och ersattes av biträdande enhetschefen Jenny Telander. Den 6 september 2021 entledigades departementssekreteraren Joanna Hägg och ersattes av kanslirådet Lisa Ståhlberg. Den 17 december 2021 entledigades Max Roos och ersattes av kansliråd Annika Remaeus. Den 1 februari 2022 entledigades Lisa Ståhlberg och ersattes av rättssakkunniga Marzia Kristensson. Den 1 februari 2021 entledigades Eva Nilsson Bågenholm och Jenny Telander. Samma dag förordnades verksamhetschef Sandor Eriksson, chefsöverläkare Tobias Eriksson och inspektör Greger Hoel. Den 25 februari 2022 entledigades Kalle Brandstedt och ersattes av departementssekreterare Andrea Larsson. Den 8 september 2022 entledigades Linda Hörnqvist och ersattes av jurist Eva Bucksch. Den 30 juni 2022 entledigades Ann-Kristin Sandberg och ersattes av Nicole Wolpher.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 17 juni 2020 departementssekreteraren Linda Hindberg. Som sekreterare i utredningen anställdes den 26 juni 2020 docenten i offentlig rätt Ewa Gustafsson på halvtid, den 15 september 2020 utredaren Maria Branting och den 1 januari 2022 utredaren Sara Lundgren. Maria Brantings anställning som sekreterare i utredningen upphörde den 30 november 2021.

Utredningen har utsett en vetenskaplig referensgrupp som bistått utredningen i arbetet med slutbetänkandet. Den vetenskapliga referensgruppen har bestått av professor Agneta Öjehagen, docent Anette Skårner, professor Markus Heilig, professor Anders C Håkansson, professor Jeanette Westman, professor Stefan Sjöström, professor Gunilla Cruce, lektor Magnus Israelsson, professor Arne Gerdner, professor Björn Johnsson och professor Moa Kindström Dahlin. Professor Gunilla Cruce avslutade sitt arbete i den veten-

skapliga referensgruppen den 1 augusti 2022 och professor Moa Kindström Dahlin den 1 november 2022.

I arbetet med att ta fram ekonomiska beräkningar och övriga konsekvenser har kansliråd Mattias Ossowicki bistått utredningen.

Med. dr. Marianne Larsson Lindahl har bidragit till utredningens arbete med en sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 och en forskningsöversikt om det vetenskapliga stödet för tvångsvård 2009–2021.

Professor Anders C Håkansson har bidragit till utredningens arbete med ett underlag om kliniska indikationer för tvångsvård.

Legitimerad psykolog Sara Wallhed Finn har bidragit till utredningens arbete med en sammanställning av forskning om patienters upplevelse av tvångsvård

Vi vill tacka alla medarbetare, verksamhetsföreträdare och organisationer som har bidragit med kunskap och erfarenhet.

Vi vill också rikta ett särskilt tack till alla personer med egen erfarenhet av samsjuklighet och deras anhöriga som bidragit till utredningens arbete.

Utredningen överlämnar härmed slutbetänkandet.

Stockholm i januari 2023

Anders Printz

/Linda Hindberg
Ewa Gustafsson
Sara Lundgren

Innehåll

Förkortningar	17
Sammanfattning	19
1 Författningsförslag	55
1.1 Lag om upphävande av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall	55
1.2 Förslag till lag om ändring i brottsbalken (1962:700)	56
1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.	57
1.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård	59
1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.....	72
1.6 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	79
1.7 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....	82
1.8 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	83
1.9 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	84
1.10 Förslag till lag om ändring i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.....	88

1.11	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård	90
1.12	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen	93
2	Om uppdragets och dess genomförande.....	95
2.1	Utredningens direktiv	95
2.2	Utredningens arbete	96
2.2.1	Expertgrupp och vetenskaplig referensgrupp	96
2.2.2	Besök vid samtliga LVM-institutioner	97
2.2.3	Dialog med SiS	97
2.2.4	Sammanställning och analys av befintliga utredningar, rapporter, registerdata och statistik.....	97
2.2.5	Kunskapssammanställningar	98
2.2.6	Internationell utblick.....	99
2.2.7	Dialog med andra utredningar.....	99
2.2.8	Gällande rätt	99
2.2.9	Redovisning av inriktning på förslag och hantering av synpunkter	100
2.2.10	Löpande dialog i delegationer, beredningar och nätverk	100
2.2.11	Övriga dialoger och samtal.....	100
3	Tvångsvård vid missbruk i en historisk belysning	101
3.1	Tvångsvårdens framväxt.....	101
3.2	LVM:s tillblivelse.....	107
3.3	Huvudmannaskapet för tvångsvården.....	110
3.3.1	Före socialtjänstreformen.....	110
3.3.2	Återgång till ett statligt huvudmannaskap	112
3.3.3	Inrättandet av Statens institutionsstyrelse	115

4	Tvångsvård enligt LVM och LPT	117
4.1	Effekt av tvångsvård.....	117
4.2	Socialtjänstens tillämpning av LVM	118
4.2.1	Skillnader i tillämpning av LVM i kommunerna.....	120
4.3	Statens institutionsstyrelse (SiS)	120
4.3.1	Insatser som ges på SiS.....	122
4.3.2	Intagningar och utskrivningar	124
4.3.3	Planering efter vårdtiden och uppföljning	125
4.3.4	Särskilda befogenheter	125
4.3.5	§ 27 LVM	127
4.3.6	Hälsa- och sjukvård vid institutionerna.....	128
4.4	Vem vårdas enligt LVM.....	128
4.4.1	Män och kvinnor i olika åldrar.....	129
4.4.2	Överdödlighet och somatisk ohälsa	131
4.4.3	Klienternas sociala situation	132
4.4.4	Klienternas uppfattning om tvångsvården	134
4.5	Psykiatrisk vård.....	136
4.5.1	Antal och andel psykiatrisk vård	136
4.5.2	Kostnadsutveckling psykiatri.....	137
4.5.3	Vem vårdas i sluten psykiatrisk tvångsvård	138
4.5.4	Hur upplevs psykiatrisk tvångsvård av patienterna?.....	140
4.6	Särskilt om tvångsvården för barn och unga	141
4.6.1	Socialtjänstens förfarande vid LVU	141
4.6.2	SiS och LVU.....	143
4.6.3	BUP	144
5	Inledning till förslag och bedömningar	145
5.1	Tvångsvården som en del av den reform vi föreslagit i delbetänkandet	145
5.2	Tre principer.....	147

6	Ansvar och huvudmannaskap	151
6.1	Regionen ansvarar för vård och behandling utan samtycke vid skadligt bruk och beroende	151
6.1.1	Närmare om förslaget	151
6.2	All sluten tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ges på sjukvårdsinrättning som drivs av en region	152
6.2.1	Närmare om förslaget	152
6.2.2	Skäl för förslaget	154
6.2.3	Förslag som vi har övervägt	161
6.3	Den psykiatriska tvångsvårdens förutsättningar att vårda personer med skadligt bruk eller beroende	165
6.3.1	Skäl för bedömningen	165
6.4	Socialtjänstens ansvar för boende och sysselsättning	177
6.4.1	Närmare om förslaget	177
6.4.2	Skäl för förslaget	180
6.5	Ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser vid placering utanför egna hemmet	182
6.5.1	Närmare om förslaget	182
6.5.2	Skäl till förslagen och bedömningen	186
6.6	En ansökan till IVO om tillstånd att bedriva HVB ska innehålla uppgifter om hälso- och sjukvårdsinsatser	189
6.6.1	Skäl för förslaget	189
6.7	Hälso- och sjukvård för barn och unga på särskilda ungdomshem	190
6.7.1	Bakgrund	191
6.7.2	Närmare om bedömningen	195
6.7.3	Skäl för bedömningen	199
6.8	Hälso- och sjukvårdens ansvar för personer som omhändertas på grund av berusning ska förtydligas ..	200
6.8.1	Närmare om förslaget	201
6.8.2	Skälen för förslaget	203

6.9	Upphävande av 31:2 BrB om överlämnande till vård i särskilda fall	205
6.9.1	Närmare om förslaget	206
6.9.2	Skälen för förslaget.....	209

7 Syfte och förutsättningar för slutna och öppna psykiatrisk tvångsvård 213

7.1	Syftet med tvångsvården.....	213
7.1.1	Bakgrund.....	213
7.1.2	Skäl för bedömningen	214
7.2	Förutsättningar för tvångsvård	215
7.2.1	Bakgrund.....	215
7.2.2	Nuvarande bestämmelser	218
7.2.3	Närmare om förslaget	229
7.2.4	Skäl för förslaget.....	251
7.2.5	Alternativa förslag sätt att anpassa förutsättningarna	257
7.2.6	Risker med vårt förslag	262
7.3	Öppen psykiatrisk tvångsvård.....	266
7.3.1	Allmänt om nuvarande bestämmelser	267
7.3.2	Särskilt om öppen psykiatrisk tvångsvård vid allvarligt skadligt bruk eller beroende	269
7.3.3	Ansökan och beslut	272
7.3.4	Samordnad vårdplan	276
7.3.5	De särskilda villkoren.....	281
7.3.6	Återintagning.....	286
7.3.7	Den öppna tvångsvårdens upphörande	292
7.4	Alkohol- och drogkontroll.....	293
7.4.1	Bakgrund.....	294
7.4.2	Skäl för förslaget.....	295

8 Tvångsvård som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja..... 299

8.1	Initierande av tvångsvård.....	302
8.2	Anmälningsskyldighet för socialtjänsten	303
8.2.1	Skäl för förslaget.....	303

8.2.2	Om anmälan gäller ett barn	307
8.3	En ändamålsenlig planering.....	308
8.3.1	Innehållet i vårdplaneringen ska förtydligas.....	308
8.3.2	Patientens mål ska framgå av vårdplaneringen	310
8.3.3	Målgruppsstillhörighet för den samordnade vård- och stödverksamheten ska alltid övervägas.....	312
8.4	Det ska införas en erinran om att planeringen kan samordnas	314
8.4.1	Skäl för förslaget	314
8.5	Den samordnade planeringen ska förbättras	314
8.5.1	Skäl för förslagen och bedömningarna	315
8.5.2	Processen för samordnad individuell planering ..	322
8.5.3	Sociala stödinsatser med fokus på långsiktigt boende och sysselsättning	328
9	Trygg och meningsfull heldygnsvård.....	333
9.1	Ett ständigt utvecklingsarbete för en trygg och meningsfull heldygnsvård ska bedrivas	334
9.1.1	Närmare om förslaget.....	334
9.1.2	Minska hot, våld och tvångsåtgärder	337
9.1.3	Skäl för förslaget	339
9.2	Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård	342
9.2.1	Inledning.....	342
9.2.2	Bakgrund.....	343
9.2.3	Närmare om och skäl för förslaget	348
10	Konsekvenser	355
10.1	Konsekvensbeskrivningar i delbetänkandet SOU 2021:93 Från delar till helhet	355
10.2	Konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende eller samsjuklighet och deras anhöriga	356
10.3	Konsekvenser för patienter som vårdas enligt LPT i dag...	371

10.4	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	373
10.5	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service	378
10.5.1	Sysselsättning.....	378
10.6	Konsekvenser för brottligheten och brottsförebyggande arbete	379
10.7	Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration	381
10.7.1	Integration och hälsa	381
10.7.2	Jämställdhet	382
10.7.3	Jämlik vård	384
10.8	Konsekvenser för företag	385
10.9	Konsekvenser för EU-rätten.....	387
10.10	Ekonomiska konsekvenser	387
10.10.1	En samhällsekonomisk bedömning.....	388
10.10.2	Ekonomiska konsekvenser för staten	395
10.11	Kostnader, intäkter och andra konsekvenser för regionerna.....	404
10.11.1	Regionernas kostnader för psykiatri	405
	Kostnader och överföring av medel.....	413
10.11.2	Övriga konsekvenser för regionerna.....	416
10.12	Kostnader, intäkter och övriga konsekvenser för kommunerna	422
10.12.1	Kommunernas kostnader för LVM och frivilliga insatser samt överföring av medel.....	422
10.12.2	Övriga konsekvenser för kommunerna	425
11	Utgångspunkter för reformens genomförande	429
11.1	Patient-, brukar- och anhörigperspektivet ska fortsätta vara vägledande för genomförandet.....	430
11.2	Tidigare och pågående utvecklingsarbeten ska tas tillvara	431
11.3	Reformen ska genomföras både när det gäller huvudmannaskap och gemensam samordning	432

11.4	Andra utvecklingsprocesser inom välfärden ska beaktas ...	434
11.5	Reformen ska genomföras genom ett långsiktigt utvecklingsarbete	435
12	Ikraftträdande och stegvis genomförande	437
12.1	Ikraftträdande	437
12.2	Tidsplan, stödfunktion, stimulansmedel och resursöverföringar	437
12.3	Utredare tillsätts för utvecklingen av LVM-vården inom SiS.....	438
12.4	Uppdrag till Socialstyrelsen och andra myndigheter	439
12.5	Stegvis genomförande	440
	År 1	441
	År 2	445
	År 3 – Ikraftträdande år	447
	År 4	449
	År 5	450
	År 6	451
13	Författningskommentar	453
13.1	Förslaget om upphävande av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall	453
13.2	Förslaget till lag om ändring i brottsbalken (1962:700).....	454
13.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.	454
13.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.....	456
13.5	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård	478
13.6	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	484

13.7	Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....	488
13.8	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	489
13.9	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	490
13.10	Förslaget till lag om ändring i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.....	494
13.11	Förslaget till förordning om ändring i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.....	496
13.12	Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.....	499
	Särskilt yttrande	501
	Referenser	507
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2020:68	523
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2021:96	541

Förkortningar

ACT	Acceptance Commitment Therapy
adhd	attention deficit hyperactivity disorder
ADL	Allmän daglig livsföring
BrB	Brottsbalken
BRÅ	Brottsförebyggande rådet
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
CRC	Convention on the Rights of the Child
Dir.	Direktiv från regeringen till statliga utredningar
Ds	Departementsserien
EKMR	Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna
FPT	Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
FäL	Fängeslag (2010:610)
HFD	Högsta förvaltningsdomstolen
HSL	Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30)
HVB	Hem för vård eller boende
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JO	Justitieombudsmannen
KBT	Kognitiv beteendeterapi

LARO	Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende
LOB	Lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.
LPT	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LSU	Lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård
LVM	Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
OSL	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
PSL	Patientsäkerhetslagen (2010:659)
PL	Patientlagen (2014:821)
RB	Rättegångsbalken
RF	Regeringsformen
RÅ	Regeringsrättens årsbok
Samverkanslagen	Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
SBU	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
SCB	Statistiska centralbyrån
SiS	Statens institutionsstyrelse
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
SoF	Socialtjänstförordningen (2001:937)
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SOU	Statens offentliga utredningar
ÅP	Återfallsprevention

Sammanfattning

Nedan följer en sammanfattning av våra förslag och bedömningar.

De avser främst, i enlighet med tilläggsdirektivet, hur en ny tvångsvårdslagstiftning ska utformas när det gäller personer som har skadligt bruk eller beroende.

Vi inleder dock med att konstatera att de förslag vi lämnar i det här betänkandet bygger på förslagen i delbetänkandet, *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93).

Avslutningsvis lämnar vi också förslag som, dels redogör för utgångspunkterna för hela samsjuklighetsreformen, dels beskriver innehållet i ett 5-årigt stegvis införande av reformen. Av våra förslag och bedömningar i båda betänkandena följer att reformen även omfattar insatser till personer med skadligt bruk eller beroende som inte har samsjuklighet. Ändå har vi valt använda begreppet samsjuklighetsreformen när vi beskriver förändringen. Skälet är att reformen i hög grad syftar till att öka tillgången till samordnad behandling av olika psykiatriska tillstånd, och på att ge ett samordnat, behovsanpassat och personcentrerat stöd till personer som behöver insatser på flera livsområden samtidigt.

Tvångsvården som en del av den reform vi föreslagit i delbetänkandet

Förslagen i det här betänkandet bygger på det förslag till en reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet som vi presenterade i delbetänkandet. Tvångsvården ska ses som en del av den reformen.

Reformen består av tio bärande delar:

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprutbyte ska utvecklas till lågröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligt uppdrag för socialtjänsten.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB.
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivs tillsammans med patient, brukar och anhörigorganisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso-sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas.

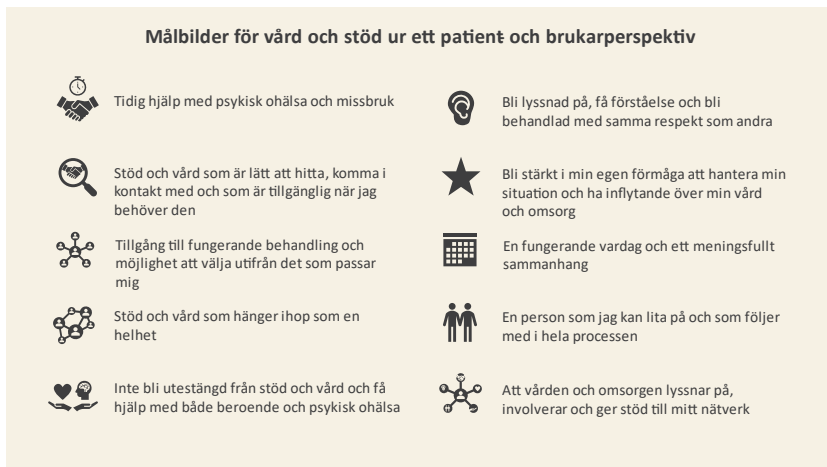
Vi menar att vissa av våra förslag i det här betänkandet och i delbetänkandet är beroende av varandra. Det gäller tydliggörandet av hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens ansvar, kravet på att behandling av skadligt bruk och beroende ska ske samordnat med andra psykiatriska tillstånd och förslaget att regioner och kommuner ska vara skyldiga att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet, samt de förslag om tvångsvård som vi lämnar i det här betänkandet. Som framgår av kapitel 10 och 11 i det här betänkandet anser

vi att den samordnade vård- och stödverksamheten är en väsentlig del av den reform vi har föreslagit och konstaterar därför att konsekvensbeskrivningarna av våra förslag, exempelvis när det gäller huvudmannaskapsförändringen, utgår ifrån att det också finns en skyldighet för regioner och kommuner att bedriva en gemensam vård- och stödverksamhet. I det här betänkandet föreslår vi också att det alltid ska övervägas om en person som vårdas enligt LPT eller LRV tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Det är dock alltid frivilligt för den enskilde att delta i en sådan verksamhet. Vård- och stödverksamheten ska bidra till en sådan stark samordning av insatserna så att tvångsvård kan undvikas, eller bli en mindre del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.

Målbilderna som tagits fram av personer med samsjuklighet har avgörande betydelse

I det här betänkandet, där vi föreslår en ny reglering av tvångsvård för skadligt bruk och beroende, har vi också beaktat målbilderna för samhällets insatser till personer med samsjuklighet som vi inom ramen för delbetänkandet arbetade fram tillsammans med personer med egen erfarenhet och anhöriga. Till exempel har målbilden ”Vård och stöd som hänger ihop som en helhet” varit en utgångspunkt för förslagen i detta betänkande som syftar till att skapa en mer sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.

Figur 1 Målbilder för vård och stöd ur ett patient- och brukarperspektiv



Tre principer

I kapitel 5 pekar vi ut tre principer som uttrycker inriktningen på de förslag om tvångsvård för skadligt bruk eller beroende som vi lämnar i det här betänkandet. Förslagen som nämns under principerna utvecklas senare i sammanfattningen och i respektive kapitel.

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

Personer som tvångsvårdas har ofta stora psykiatriska vårdbehov som inte tillgodoses inom ramen för den vård som ges i dag. Vårdkedjan mellan insatser som ges före, under och efter vårdtiden bryter ofta. Forskning visar också att längre institutionsvistelser inte har bättre resultat när det gäller hälsa och livssituation än kortare ingripanden som sedan övergår i frivilliga och individanpassade insatser. Vår inriktning är därför att personer som tvångsvårdas ska ges psykiatrisk behandling för sitt skadliga bruk eller beroende samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd. Inledningsvis under slutenvårdstillfället ska de utredningsåtgärder som behövs vidtas. För många personer är det nödvändigt med en samordnad planering i vilken, förutom individen själv, bland annat hälso- och

sjukvård och socialtjänst deltar. Planeringen kan till exempel innehålla olika boendelösningar kombinerat med sociala stödinsatser och öppenvårdsbehandling.

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

Vi menar att tvångsvård är legitimt för att rädda liv eller förhindra att allvarlig fysisk eller psykisk skada uppkommer. Tvångsvård ska därför inte pågå längre än vad som krävs för att det målet ska uppnås. Med hänsyn till hur förutsättningarna för tvångsvård är formulerade i LPT, och de kompletteringar av dessa som vi föreslår, blir vårdtiderna utan samtycke vid ett allvarligt skadligt bruk eller beroende kortare än vad som enligt huvudregeln gäller enligt dagens LVM.

Att det är legitimt att använda tvång för att förhindra död eller allvarlig skada innebär också att lagstiftningen ska utformas så att det är möjligt. Vi anser att det finns situationer när samhällets möjlighet att rädda liv bör vara större än i dag. Det handlar till exempel om personer som i samband med en överdos bedöms ha ett allvarligt skadligt bruk eller beroende som medför ett oundgängligt behov av vård på sjukhus under några dagar. En sådan reglering i LPT som vi föreslår möjliggör sådan vård. Vårt förslag i delbetänkandet gör också att personer i sådana situationer kommer att erbjudas frivillig vård i högre grad än i dag.

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

Tvångsvård är en av de mest långtgående begränsningarna i en enskild persons rättigheter som det allmänna kan vidta. Ett grundkrav är därför att inskränkningarna inte blir mer långtgående än nödvändigt och att vården håller så hög kvalitet som möjligt. Vi menar därför att det behöver pågå ett ständigt utvecklingsarbete i verksamheter som bedriver heldygnsvård med tvång. Det ska syfta till att förbättra vårdens innehåll, stärka patienternas inflytande och delaktighet, samt minska användningen av tvångsåtgärder. Vi anser också att det behöver tas ett starkare nationellt ansvar för tvångsvården och föreslår därför att en kommission för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård inrättas vid Socialstyrelsen.

Om uppdraget och dess genomförande

I kapitel 2 beskriver vi hur vi har arbetat med uppdraget. Liksom under arbetet med delbetänkandet har vår ambition varit att förslagen ska tas fram genom aktivt deltagande av personer med samsjuklighet, anhöriga och personer som arbetar i, styr och leder verksamheter om riktar sig till målgruppen.

Vi har därför besökt samtliga LVM-institutioner. Vid besöken träffade vi ledning, medarbetare och klienter var för sig. Vi har också intervjuat personer som tidigare vårdats enligt LVM och närstående till sådana personer. Sammanlagt har vi träffat ett hundratal personer med erfarenhet av vård enligt LVM.

Därutöver har vi haft samtal med personer i ledningsfunktioner i psykiatri och socialtjänst, gjort flera studiebesök i psykiatriska verksamheter och tagit del av professionsföreningars och patient-, brukar- och anhörigföreningars erfarenheter. Vi har också intervjuat socialsekreterare om tillämpningen av nuvarande LVM.

Vi har sammanställt, analyserat och dragit slutsatser av data och rapporter som SiS tar fram om tvångsvården och andra myndigheters sammanställningar, exempelvis har vi löpande fått uppgifter från Socialstyrelsens pågående kartläggning av den psykiatriska tvångsvården.

Vi har också låtit granska samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer för 2019. SiS genomför sådana i enlighet med den strukturerade metoden Dok med samtliga klienter som accepterar att intervjuas. Dessutom har vi tagit del av vilka insatser som klienterna på LVM-institutionerna fick under 1 januari till 31 april 2022. Vi har även låtit sammanställa två forskningsöversikter. En om patienternas erfarenheter av den psykiatriska tvångsvården och en om det vetenskapliga stödet för tvångsvård samt låtit ta fram ett underlag med kliniska indikationer för tvångsvård.

Tvångsvård enligt LVM och LPT

I kapitel 4 beskriver vi den tvångsvård som bedrivs enligt LVM och LPT enligt gällande regler. Bland annat beskrivs SiS uppdrag och organisation samt vilka insatser som ges inom ramen för LVM-vården. Även omfattningen av den psykiatriska vården, dess kostnader och patientsammansättning ägnas ett avsnitt. Vi konstaterar bland annat

att den genomsnittliga vårdtiden i psykiatrisk tvångsvård, enligt olika källor, varierar mellan 26 och 40 dagar.

Under 2021 vårdades knappt 900 personer enligt LVM. Det ska jämföras med att 500 000 personer i Sverige beräknas ha ett skadligt bruk eller beroende och ungefär hälften av dem ha en samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser. Mellan 2015 och 2019 vårdades drygt 2 000 personer årligen i psykiatrisk tvångsvård på grund av psykiska störningar och beteendestörningar som orsakats av psykoaktiva substanser. Sådana diagnoser var också vanliga bland patienter som vårdades frivilligt i den psykiatriska slutenvården under tidsperioden. Särskilt vanliga var diagnoserna bland män där 35 procent av alla slutenvårdade patienter hade en sådan störning. Av dessa siffror kan man sammantaget dra slutsatsen att personer som vårdas enligt LVM är en mycket liten grupp bland personer med skadligt bruk eller beroende, samt att sådana diagnoser är vanliga bland patienter som vårdas i psykiatrisk slutenvård.

I kapitlet beskriver vi också behoven hos personer som i dag vårdas enligt LVM. Vi konstaterar att den psykiatriska samsjukligheten är omfattande i gruppen. Två tredjedelar av klienterna har vårdats i psykiatrisk slutenvård och en tredjedel enligt LPT. Gruppen har också stora behov på andra livsområden som boende, utbildning och arbete. Den somatiska hälsan är nedsatt och överdödligheten tydlig jämfört med övriga befolkningen.

I den forskningssammanställning som sammanställts på vårt uppdrag konstateras att patienter som genomgår psykiatrisk tvångsvård (inklusive för beroende) har delvis ambivalenta upplevelser och att beskrivningar av erfarenheterna är heterogena och påverkas av när i tid patienterna tillfrågas. I synnerhet retrospektivt uppfattar en del patienter vården som legitim och gynnsam, främst avseende beslutet att läggas in. Dessa positiva uppfattningar samsas dock med kraftigt negativa erfarenheter, som återges hos merparten av patienterna. Patienter beskriver vården bland annat som kränkande och påfrestande, och i synnerhet beskrivs upplevelsen av tvångsåtgärder i starkt negativa ordalag.

Sammanställningen visar också att det som framför allt formar patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård är interaktionen och kommunikation med personal, samt möjligheten att få delta i besluten kring vården. Relationer med personal är avgörande; patienter önskar bli bemötta med vänlighet och förståelse och önskar få infor-

mation, omsorg och att få sin röst hörd. När patienter får medverka i beslut kring sin behandling, samt känner sig sedda och hörda, minskar känslan av tvång och maktlöshet samt förlusten av autonomi och självkänsla.

Ansvar och huvudmannaskap

I kapitel 6 lämnar vi förslag om vem som ska vara huvudman för tvångsvården när det gäller personer med skadligt bruk eller beroende. Vi lämnar också förslag som berör ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser när en person vårdas enligt socialtjänstlagen utanför hemmet och när det gäller omhändertaganden på grund av berusning. Vi gör också bedömningar kring hälso- och sjukvårdsinsatser till barn och unga som är placerade på särskilda ungdomshem enligt lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om barn och unga.

Tvångsvård ska ges på sjukvårdsinrättningar som drivs av regionen

Tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska enligt vårt förslag ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, på en sjukvårdsinrättning som drivs av regionen. Det innebär att LVM upphör och att Statens institutionsstyrelse inte längre ska ha uppdraget att bedriva tvångsvård för vuxna personer med skadligt bruk eller beroende. Vi redovisar följande skäl för vårt ställningstagande.

Tvångsvården ska vara en del av en sammanhållen vårdkedja

Vården som ges till personer med skadligt bruk och beroende behöver vara samordnad och ha så få övergångar mellan huvudmän som möjligt. I dag ges tvångsvården på statliga institutioner på uppdrag av socialtjänsten. Vår bedömning är att eftervården brister och att samarbete med psykiatrin ofta saknas helt.

Flera sammanställningar av forskning visar att tvångsvård i sig är av underordnad betydelse och endast har en kortsiktig och begränsad funktion. Framgångsfaktorer handlar snarare om behandlingsin-

satser som matchar individens behov, bemötande, välfungerande behandlingsallianser, interaktion med nätverk, en fungerande eftervård och tillgång till frivilliga behandlingsinsatser. Tvångsvården bör således vara en så liten del av vårdkedjan som möjligt och insatser innan och efter tvångsvården behöver få ökat fokus. I kapitel 8 utvecklar vi hur vårdkedjan ska utformas.

Vården behöver bli mer individanpassad

I dag erbjuds alla klienter som vårdas enligt LVM relativt likartade insatser oavsett hur individens behov och resurser ser ut. Enligt forskningen är en framgångsfaktor för behandling av skadligt bruk och beroende att adekvata behandlingsinsatser ges efter utredning av individens behov. Vi bedömer att den inriktningen i högre grad behöver komma till uttryck både i reglering och bedrivande av tvångsvård för skadligt bruk eller beroende. Våra förslag bedöms leda till kortare vårdtider i tvångsvården och skapa förutsättningar för individanpassade insatser som kan handla om boende, sociala stödinsatser, behandling för skadligt bruk eller beroende, behandling för andra psykiatriska tillstånd och insatser som skapar förutsättningar för utbildning, arbete och andra sysselsättning. Personer som tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten ska få insatserna inom ramen för den verksamheten.

Vården behöver oftast ges i patientens närmiljö

De kortare vårdtiderna kommer kräva en närmare relation och snabbare övergång till det frivilliga stöd som ges. Därför bör verksamheten som ansvarar för tvångsvården enligt huvudregeln finnas i närheten av de hälso- och sjukvårds- och socialtjänstverksamheter som ska ge insatser före och efter att tvångsvården har avslutats. Inom ramen för LPT kommer det finnas möjlighet att pröva olika insatser under permissioner eller genom öppen psykiatrisk tvångsvård. Vårt förslag ger också förutsättningar att inleda behandling, till exempel LARO, adhd-medicinering och psykologiska behandlingar under tvångsvårdstillfället, i de verksamheter där vården sedan ska fortsätta.

Tillgängligheten till evidensbaserad behandling behöver öka

Beroende är en psykiatrisk diagnos enligt diagnossystemen som används i hälso- och sjukvården och vi bedömer att regionerna har bättre förutsättningar att tillhandahålla adekvata och evidensbaserade behandlingsmetoder för skadligt bruk eller beroende än vad som ges på SiS i dag. Vår genomgång av vilka insatser klienterna på SiS-institutionerna fick under våren 2022 visar att behandling för skadligt bruk eller beroende med evidensbaserade metoder ges i liten grad och endast vid ett fåtal tillfällen under den tid en person vårdas enligt LVM. Även efter vårdtiden saknas adekvat behandling i många fall. År 2019 angav, i samband med utskrivningen, hälften av klienterna under 24 år och över 49 år att det inte fanns en fortsatt behandlingsplanering för det skadliga bruket eller beroendet efter vårdtiden. I åldersgruppen däremellan uppgav var tredje klient att en sådan planering saknades.

Samsjukligheten behöver uppmärksammas

Samsjukligheten mellan skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd är mycket hög bland personer som vårdas enligt LVM. Bland annat har två tredjedelar fått frivillig psykiatrisk vård och en tredjedel har vårdats enligt LPT. I dag tillgodoses det psykiatriska vårdbehovet knappast alls under vårdtiden. Det gör att vi

drar slutsatsen att tvångsvård för skadligt bruk och beroende behöver innehålla både kvalificerad vård för beroendesjukdomen och annan specialiserad psykiatrisk vård av hög kvalitet.

Regionerna har förutsättningar att bedriva tvångsvård

Vi bedömer att regionerna har förutsättningarna att bedriva tvångsvård för personer med skadligt bruk eller beroende. Ett viktigt skäl till den bedömningen är att personer med sådana diagnoser i hög grad redan i dag vårdas i psykiatrisk heldygnsvård. Vi anser dock att uppdraget som vi föreslår att regionerna ska ha kräver vissa anpassningar samt att de tilldelas resurser för det ökade behovet av slutenvårdsplatser.

Vård för skadligt bruk eller beroende kommer att öka i regionerna

Vi bedömer att antalet slutenvårdsdygn kommer att öka med 6–7 procent, samt beräknar de ökade kostnaderna som följer av det. Vi föreslår också att resurser förs över från staten och kommunerna till regionerna för att täcka dessa kostnader. Konsekvenserna av våra förslag kommer att skilja sig mellan olika delar av landet beroende på lokala och regionala förutsättningar. Resursförstärkningar vi föreslår i det här betänkandet, är utöver de resursförstärkningar som vi i delbetänkandet har föreslagit ska tillföras regionerna med anledning av att de får ansvar för all behandling av skadligt bruk eller beroende.

Arbetsmiljö och säkerhet behöver uppmärksammas

Vi har undersökt behovet av särskilda säkerhetsanpassningar och risken för ökat våld om våra förslag genomförs. En risk som vi bedömer är större hos personer med skadligt bruk eller beroende jämfört med andra patientgrupper inom psykiatrin är risken för avvikningar. Sug efter alkohol och droger och stark kroppslig oro på grund av abstinens gör att det inte är ovanligt att personen vill avbryta vården, särskilt i inledningsskedet. Vi bedömer att det i psykiatrin finns tillgång till behandling och personal med kompetens som kan minska riskerna för sådana situationer, men de kommer ändå uppkomma.

Vården kommer att bedrivas på låsta sjukvårdsinrättningar som minskar risken, men det behöver också finnas rutiner för att hantera risken för avvikningar. I övrigt anser vi inte att det nya uppdraget kommer att försämra säkerhetsläget i psykiatrisk vård. Vi menar att risken för hot och våld finns i all psykiatrisk vård och också i andra vårdverksamheter. Ett systematiskt arbetsmiljöarbete och säkerhetsarbete för att minska våld måste bedrivas i alla verksamheter som möter personer som kan vara svårt stressade, aggressiva, sjuka eller påverkade. Arbetet behöver bedrivas parallellt med insatser för att minska tvångsåtgärder och göra vården trygg och meningsfull för patienterna. Till det återkommer vi senare i sammanfattningen och i kapitel 9.

Fortsatt fokus på kompetensförsörjningen krävs

Vårt förslag kommer att öka antalet patienter som vårdas i den psykiatriska heldygnsvården och därmed behovet av hälso- och sjukvårdspersonal. Det är en utmaning då regionerna redan har svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. Samtidigt är det vår bedömning att våra förslag inte på ett avgörande sätt påverkar den utmaningen som gäller all vård och omsorg. Regionerna bör arbeta på flera områden samtidigt för att säkerställa kompetensförsörjningen inom området.

Vår bedömning är att en verksamhetsutveckling där medarbetarna får vara aktiva och som ger resultat för patienterna förstärker arbetsgivarens attraktionskraft. Det stegvisa genomförandet av reformen som vi beskriver i kapitel 12 ger en möjlighet för arbetsgivarna att ta tillvara medarbetares kunskaper och engagemang i en omfattande förändringsprocess. Principen att det ska pågå ett ständigt utvecklingsarbete i psykiatrisk heldygnsvård där det förekommer tvång, som vi gett uttryck för i inledningskapitlet och utvecklar i kapitel 9, kan också ha stor betydelse för människors vilja att söka sig till sådana verksamheter. Det gäller särskilt som vår utgångspunkt är att arbetet i hög grad ska bygga på de behov som finns i varje verksamhet och betona samarbete mellan personal och patienter.

För att hantera kompetensförsörjningen kommer regionerna också behöva utvidga kompetenserna i teamet kring patienten vilket gör att medarbetare kan sökas i flera personalkategorier. Vi menar till exempel att det finns medarbetare i socialtjänsten med kunskap

om psykosociala behandlingsmetoder som kan arbeta tillsammans med legitimerade yrkesgrupper i patientens vårdprocess. Det är särskilt angeläget eftersom regionerna ofta saknar kompetens om vissa behandlingsmetoder med god evidens, exempelvis tolvstegsbehandling. I slutenvården menar vi att det kommer att vara nödvändigt med rekrytering av behandlingspersonal med utbildningar som till exempel socialpedagog och behandlingspedagog eller liknade som i dag finns vid de statliga institutionerna. Det är yrkesgrupper som kan komplettera sjuksköterskor och skötare och bidra till att utveckla kompetensen om skadligt bruk eller beroende inom slutenvård psykiatri.

I regionernas hälso- och sjukvård finns behov av kompetensutveckling kring beroende. Ett behov som direkt följer av våra förslag är utbildning av specialister i psykiatri och andra läkare, exempelvis i primärvården, i den nya tvångsvårdslagstiftningen. Vi bedömer att regionerna bör samarbeta och utveckla gemensamma utbildningar i den nya lagstiftningen.

Samarbetet med socialtjänst och den samordnade vård- och stödverksamheten måste fungera

Vid bedömningen av regionernas förutsättningar att ansvara för tvångsvården för personer med skadligt bruk och beroende är det viktigt att beakta att det inte är den vård som i dag bedrivs på SiS som ska flytta in i regionerna, utan att vården kommer att bedrivas på ett annat sätt. En utgångspunkt är till exempel att vårdtiderna enligt LPT blir kortare än de är enligt LVM. Det förutsätter att en fungerande öppen-vård utvecklas med stöd av de förslag som vi lämnat i delbetänkandet. Det förutsätter också att personernas behov tillgodoses genom insatser från socialtjänsten efter att tvångsvården har avslutats. En fortsatt utveckling av samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedömer vi därför är en viktig förutsättning för att personernas samlade behov ska tillgodoses och för att regionerna ska kunna hantera tvångsvårdsuppdraget när det gäller personer med skadligt bruk och beroende.

Vi bedömer även att den samordnade vård- och stödverksamheten kommer att vara till stöd för regionerna i det nya uppdraget, eftersom den tar ett helhetsansvar för den samordnade planeringen

och bedriver både hälso- och sjukvård och socialtjänst i öppenvård, för en målgrupp med mycket omfattande behov.

Vi menar att en stor andel av patienterna som vid fler än enstaka tillfällen kommer att vårdas med stöd av LPT, kommer att tillhöra målgruppen för den verksamheten. I vissa fall kommer det vara en redan befintlig deltagare i verksamheten som tvångsvårdas. Verksamheten behåller då ett övergripande ansvar för deltagaren i verksamheten även under tillfällen hen är heldygnsomhändertagen både inom frivillig vård och vård utan samtycke. I andra fall kommer det först under ett tvångsvårdstillfälle att bli aktuellt att utreda om patienten bör få insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten. Nedan i sammanfattningen och i kapitel 8 beskriver vi vid vilka tillfällen en bedömning ska göras av om en patient tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten.

Öppna insatser behöver inledas under tvångsvårdstillfället

Öppenvårdsinsatser, socialtjänstinsatser eller stöd från den samordnade verksamheten kan inledas under det att tvångsvården fortfarande pågår. Det kan ske genom att patienten ges permissioner eller genom att den slutna psykiatriska tvångsvården övergår till öppen psykiatrisk tvångsvård. Vi gör i kapitel 7 bedömningen att öppen psykiatrisk tvångsvård kan vara en lämplig vårdform för personer med skadligt bruk och beroende, särskilt som ett led i utslussningen från den slutna vården. Vi lämnar också i det kapitlet förslag för att underlätta tillämpningen av bestämmelserna om den öppna vårdformen, vilka också beskrivs nedan i sammanfattningen. Sammantaget stärker det regionernas förutsättningar att bedriva tvångsvård för personer med skadligt bruk eller beroende.

Socialtjänstens ansvar för insatser till personer som har slutenvårdats enligt LPT och LRV ska förtydligas

I delbetänkandet har vi föreslagit att 5 kap 9 § SoL ska formuleras så socialnämndens ansvar ska vara att verka för att människor med skadligt bruk eller beroende som möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

När det gäller personer som tvångsvårdats anser vi att socialtjänstens roll behöver understrykas ytterligare. Därför föreslår vi att det av en ny bestämmelse 5 kap. 9 b § SoL ska framgå 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.

Ansaret för HVB och andra placeringar utanför hemmet ska förtydligas

Vi har i delbetänkandet och i det här betänkandet lämnat förslag som berör ansaret för hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som vårdas utanför hemmet med stöd av socialtjänstlagen. Nedan redogör vi först för vad dessa innebär sammantaget. Efter det sammanfattar vi förslagen som lämnas i kapitel 6 i det här betänkandet.

Sammanfattning av våra förslag om hälso- och sjukvård till personer placerade utanför hemmet

I dag gäller att regionen där personen är bosatt ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser till barn och unga och vuxna som är placerade utanför hemmet av socialtjänsten. Vi lämnar förslag som innebär att regionens ansvar förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen. När det gäller hälso- och sjukvårdsansaret i HVB, som är en vanlig insats till personer med skadligt bruk eller beroende, och där det bedrivs psykosociala behandlingsinsatser, föreslår vi en särskild reglering. Den beskrivs i avsnitt 9.4 i delbetänkandet och innebär att HVB även fortsättningsvis är en socialtjänstinsats, men att de personer som vistas där ofta har ett stort behov av sådan hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för. Vårt förslag i delbetänkandet innebär att kommunen ska kalla till en samordnad individuell planering inför placering på HVB så att regionen får möjlighet att planera hälso- och sjukvårdsinsatserna. Den innebär också att om regionen inte tar sitt ansvar, för att bedöma vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som behövs och hur de ska tillgodoseas, får de betala en avgift till kommunen under placeringen.

Under arbetet med slutbetänkandet har det framkommit att det även med vårt förslag kan uppstå oklarheter kring hur det gemensamma ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser under HVB ska hanteras i praktiken. Därför föreslår vi att det ska finnas en lagreglerad skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete i fråga om hälso- och sjukvårdsansvaret vid placering utanför det egna hemmet. Men vi bedömer även att det i praktiken kommer krävas att region och kommun bedriver HVB tillsammans eller gör gemensamma upphandlingar. Med en sådan lösning anser vi att det är rimligast att hemmet utför de psykosociala behandlingsinsatserna. Det förutsätter att verksamheten är vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen.

Våra förslag och bedömningar gäller både barn och unga och vuxna. När det gäller barn och unga som är placerade på särskilda ungdomshemmen menar vi dock att det behövs särskild lagreglering, för att de ska få den hälso- och sjukvård de är i behov av. Vi gör i det här betänkandet en bedömning av hur den regleringen skulle kunna se ut.

Regioners hälso- och sjukvårdsansvar ska gälla för alla som är placerade utanför egna hemmet

Som framgår ovan föreslog vi i delbetänkandet att regionens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer placerade på HVB ska förtydligas. Flera remissinstanser har påpekat att föreslagen bestämmelse kan ge intrycket av att regionen inte ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som är placerade utanför egna hemmet i andra former än HVB, till exempel i ett familjehem. Eftersom det inte är detta som är avsett med bestämmelsen, föreslår vi att det ska ändras så att det framgår att regionen har ansvar för alla som är placerade utanför egna hemmet. Det betalningsansvar vi föreslår ska träda in om inte regionen tar ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna föreslås däremot fortsatt endast omfatta HVB.

Skyldigheten att teckna överenskommelser om vård utanför det egna hemmet ska förstärkas

Även om vi konstaterat att HVB ska anses vara en socialtjänstinsats är behandlingsinsatser som hälso- och sjukvården ansvarar för viktiga för personer med skadligt bruk eller beroende under institutionstiden.

Eftersom det även fortsättningsvis kommer vara två huvudmän som ansvarar för olika delar av de samlade vård- och stödinsatserna som ges till personer som vårdas utanför det egna hemmet, är samverkan nödvändigt. Även förslaget att regionen ska ha ett betalningsansvar om de inte tar ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB, ställer krav på att det finns en samsyn exempelvis i kvalitetsfrågor och gemensamma rutiner för samverkan inför sådana placeringar.

Vi föreslår därför att regionen och kommunen ska ingå en överenskommelse om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna ska tillgodoses för vuxna med skadligt bruk och beroende, eller andra psykiatriska tillstånd, som vårdas utanför det egna hemmet. Skyldigheten att ingå överenskommelser ska omfatta all vård utanför det egna hemmet enligt socialtjänstlagen. I praktiken kommer det dock vara särskilt angeläget att fokusera på insatserna vid en HVB-placering, eftersom det är verksamheter som i dag bedriver behandling och som därför påverkas särskilt av det förändrade huvudmannaskapet som vi föreslår.

Bestämmelsen vi föreslår ska gälla personer som fyllt 21 år. Skälet till det är att det redan finns bestämmelser om att region och kommun ska ingå överenskommelser om hälso- och sjukvård när barn och unga placeras utanför hemmet. I kapitel 6 utvecklar vi vikten av att sådana ingås just när det gäller barn och unga.

Gemensamma verksamheter och upphandlingar

Efter att ha tagit del av remissinstansernas synpunkter och fört en fortsatt dialog med socialtjänst och hälso- och sjukvård drar vi slutsatsen att ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvård respektive socialtjänstinsatser under en HVB-placering som regel inte kan lösas på något annat sätt än genom gemensamma upphandlingar eller gemensam drift av HVB. Vi anser också att behandling för det skadliga bruket eller beroendet och andra psykiatriska tillstånd i många fall måste ges av HVB-verksamheten. Det innebär att hemmet måste vara vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen. Därför bedömer vi även att en ansökan eller anmälan till IVO om att bedriva HVB ska innehålla en upplysning om verksamheten även avser bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet

Behovet av ett gemensamt ansvarstagande är särskilt stort när vården sker under öppen psykiatrisk tvångsvård och när det gäller HVB-hem för barn och unga.

Hälso- och sjukvård för barn och unga på särskilda ungdomshem behöver regleras

Bland barn och unga som är placerade på särskilda ungdomshem enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga finns en omfattande psykiatrisk problematik. Skadligt bruk är vanligt, liksom samsjuklighet mellan olika psykiatriska tillstånd. På särskilda ungdomshem saknas som regel förutsättningar för att ge specialiserad psykiatrisk vård. Vi bedömer därför att för att dessa barn och unga 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 (vistelseregionen). I kapitel 6 utvecklar vi närmare vad en sådan reglering skulle kunna omfatta. Frågan är bredare än vårt uppdrag som avgränsas till skadligt bruk och beroende och vi bedömer därför att dessa frågor behöver utredas i särskild ordning.

Regionerna ska ha huvudansvar för tillnyktring

Personer som omhändertas med stöd av LOB befinner sig i en mycket utsatt situation och det kan finnas allvarliga hälsofaror med tillståndet. Det är inte lämpligt att det är polisen som får avgöra när ett tillstånd är så allvarligt att det kräver läkarvård, eftersom myndigheten saknar den medicinska kompetensen för det uppdraget. Vi föreslår därför att regionernas ansvar för att bereda vård för berusade personer som omhändertas av polisman ska framgå av 8 kap. 11§ HSL. Samtidigt ändras 3 § LOB så att det framgår att den som omhändertagits enligt LOB ska föras till ett sjukhus eller annan vårdinrättning och att om en person inte kan friges får denne tas i förvar enligt 4 § enbart om det krävs med hänsyn till ordning och säkerhet eller om vård av annat skäl inte kan ges på sjukhus.

Förslaget bedöms få stora konsekvenser för regionerna. Därför anser vi att regeringen, med stöd av remissinsatsernas synpunkter, bör ta ställning till om det är möjligt att genomföra förslaget tillsammans med övriga förslag, eller om det i stället ska genomföras senare eller under en längre tidsperiod än den vi beräknat.

Syfte och förutsättningar med tvångsvården

I kapitel 7 finns bedömningar och förslag om syftet med och förutsättningar för tvångsvård, förslag om förändringar när det gäller öppen psykiatrisk tvångsvård och ett förslag om möjligheten till drogkontroll på psykiatriska vårdavdelningar.

Syftesbestämmelsen i LPT ska fortsätta gälla

Tvångsvård enligt 2 § LPT ska syfta till att ”sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.” Vi föreslår inga förändringar i den bestämmelsen.

Förutsättningarna för tvångsvård ska omfatta allvarligt skadligt bruk eller beroende

Förutsättningarna för tvångsvård bygger på de som i dag gäller enligt LPT med mindre modifieringar.

Förslagets innehåll

Förutsättningarna för tvångsvård 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 (som i dag), eller det skadliga bruket eller beroendet, är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. I övrigt kvarstår nuvarande förutsättningar för tvångsvård enligt LPT.

Förutsättningarna för tvångsvård gäller även när patienten är ett barn. I kapitel 7 kommenterar vi några särskilda aspekter som behö-

ver beaktas i en sådan situation, samt beskriver gränsdragningen mot LVU och barnkonventionens betydelse vid tillämpningen av LPT.

Begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende

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.

En patient som tagits in för att förutsättningarna för en allvarlig psykisk störning var uppfyllda kan i ett senare skede behöva fortsatt vård för att kriterierna för ett allvarligt skadligt bruk eller beroende är uppfyllda, även om de för allvarlig psykisk störning inte längre är det. Det kan också vara tvärtom att kriterierna för allvarligt skadligt bruk eller beroende är uppfyllda vid intagningen, men att vården senare behöver fortgå för att en allvarlig psykisk störning föreligger. Det behövs ingen ny vårdintygsbedömning eller nytt intagningsbeslut om grunderna ändras från allvarlig psykisk störning till allvarligt skadligt bruk eller beroende eller tvärtom.

Att tillståndet är av en sådan grad att det föreligger en påtaglig risk för liv och hälsa förutsätter i normalfallet att diagnoskriterierna för beroende är uppfyllda. Skadligt bruk är som regel inte ett *allvarligt skadligt bruk eller beroende* i juridisk mening. Det kan dock i undantagsfall vara av sådan grad om det föreligger en påtaglig risk för att personens liv och hälsa allvarligt ska skadas även om det är osäkert om kriterierna för en beroendediagnos är uppfyllda.

Oundgängligt vårdbehov

Kravet på oundgängligt vårdbehov innebär att den vård som behövs på grund av det skadliga bruket eller beroendet inte kan tillgodoses på något annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårds-

inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Vårdbehovet ska främst avgöras utifrån risken för patientens liv och hälsa. Det påminner om vad som ovan anförts om begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende. Oundgänglighetsrekvisitet innebär dock att det inte räcker med att det skadliga bruket eller beroendet är sådant att det påtagligt hotar patientens liv och hälsa. Personen ska också ha ett oundgängligt behov av vård på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.

Vårdtidens avslutande

Förutsättningarna för tvångsvård ska vara uppfyllda under hela vårdtiden. När patientens tillstånd gör att det finns en reell risk för återfall och där ett sådant återfall i sin tur riskerar att leda till en situation som innebär en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa, exempelvis genom psykosgenombrott eller överdos, kvarstår det oundgängliga behovet av kvalificerad dygnetruntvård. Det bör betonas att risken för återfall måste bedömas individuellt och hänföras till konkreta omständigheter. En risk för återfall finns alltid vid beroendetillstånd och föranleder inte i sig ett oundgängligt behov av vård på psykiatrisk sjukvårdsinrättning eller i öppen psykiatrisk tvångsvård. Att en person inte är beredd att avstå från bruk av vissa substanser är inte heller grund för fortsatt tvångsvård om det inte finns kliniska indikationer på att återupptaget bruk i närtid leder till att det allvarliga tillståndet som föranledde intagningen återkommer. En tid efter att en patients abstinenssymtom minskat och det blivit möjligt att erbjuda och planera behandling föreligger normalt sett inte förutsättningar för tvångsvård.

Vårdtidernas längd

Våra förslag innebär att vårdtiderna kommer variera beroende på patientens tillstånd och behov. De kommer dock i de flesta fall bli betydligt kortare än i dagens LVM-vård. Det beror på innebörden av begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende som vi föreslår, och på kravet på ett oundgängligt behov av vård på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård som ska vara uppfyllt under hela vårdtiden, något som sedan tidigare gäller enligt LPT.

Våra beräkningar i konsekvenskapitlet utgår ifrån att den genomsnittliga tiden i slutenvård för personer motsvarade den grupp som i dag vårdas enligt LVM blir 6 veckor. Vi konstaterar att det handlar om personer där det behövs en tids psykiatrisk heldygnsvård för att starta behandling för skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd. Ofta behövs också somatisk vård och omfattande sociala insatser. Det gör att patienten behöver vård på sjukhus även en tid efter abstinensbehandling och andra akuta insatser. Däremot kvarstår inte förutsättningarna för tvångsvård när effekten av inledande behandling är stabil och andra insatser för det skadliga bruket eller beroendet eller andra psykiatriska tillstånd kunnat planeras och erbjudas. Medverkar patienten i behandlingen finns inte längre förutsättningar för tvångsvård.

Det kan även finnas exempel på situationer när vården pågår i flera månader. Det kan vara en person med psykossjukdom och skadligt bruk eller beroende som lever under utsatta sociala förhållanden och som förhåller sig negativ till vård- och stödinsatser.

Vi har utöver gruppen som motsvarar de som i dag vårdas enligt LVM, även räknat med att våra förslag innebär att det även vid tillstånd som i dag inte skulle motsvara förutsättningarna i LVM, kommer att kunna ges psykiatrisk slutenvård. Det handlar till exempel om personer som i samband med en överdos bedöms ha ett allvarligt skadligt bruk eller beroende som ger ett oundgängligt behov av vård på en psykiatrisk sjukvårdsinrättning. Ett annat exempel är en person som vårdas på grund av en allvarlig psykisk störning till följd av drogutlöst psykos som kan få en något längre vårdtid genom de förändringar i LPT som vi föreslår. För de olika situationer där slutenvård kommer till stånd eller förlängs, utöver dagens regler, räknar vi med att antalet vårddagar ökar med 2–7 dagar.

Det bör betonas att det inte egentligen rör sig om olika grupper utan om personer som befinner sig i olika tillstånd och situationer vid olika tidpunkter.

Våra beräkningar utgår inte ifrån att vårdtiden alltid är tvångsvård. Det vi har beräknat är de sammantagna konsekvenserna av våra förslag att personer med skadligt bruk eller beroende ska få den vård som de behöver enligt hälso- och sjukvårdslagen, och att möjligheterna att ge vård kommer att öka när patienten befinner sig i en livshotande situation, eller nyss har befunnit sig i en sådan situation och

riskerar att snart göra det igen, när LPT tillämpas med de ändringar vi har föreslagit.

Tillämpningen av öppen psykiatrisk tvångsvård ska underlättas

Vi bedömer att öppen psykiatrisk tvångsvård är en vårdform som kan vara lämplig i vissa fall när en person tvångsvårdas på grund av skadligt bruk eller beroende. Det gäller särskilt under en begränsad tid i direkt anslutning till slutenvårdstillfället. På det sättet ersätter vårdformen en § 27 placering enligt LVM. När vården sker i samband med utslussningen från slutenvården kan det enligt vår bedömning antas att den genomsnittliga tiden för öppen psykiatrisk tvångsvård efter slutenvårdens avslut, blir fyra till sex veckor. I undantagsfall kan den öppna tvångsvården pågå flera månader eller år genom att chefsöverläkaren ansöker om förlängning ett antal gånger. Vår bedömning är att det i sådana situationer ofta handlar om personer med allvarlig samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd, och som har behov av omfattande vård- och stödinsatser under lång tid för att kunna fungera i samhället. Det förekommer även i dag att personer med sådan problematik ges öppen psykiatrisk tvångsvård.

Vi lämnar flera förslag som syftar till att underlätta tillämpningen av reglerna om öppen psykiatrisk tvångsvård. I en ny bestämmelse i LPT föreslås chefsöverläkaren kunna fatta beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård under de fyra första veckorna av tvångsvården utan ansökan till förvaltningsrätten. Vi föreslår också att det ska framgå av 7 a § LPT att det är chefsöverläkaren som ska kalla till samordnad vårdplanering, samt att vårdplanen även ska innehålla en bedömning av om patienten tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Vi föreslår också ett förtydligande av att chefsöverläkaren får besluta att en patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård, om patientens psykiska tillstånd eller personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att behovet av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen. Detta innebär att återintagning kan ske utan ansökan till förvaltningsrätten. Det krävs dock en ansökan till rätten om medgivande till fortsatt sluten vård senast fyra dagar från dagen för beslutet.

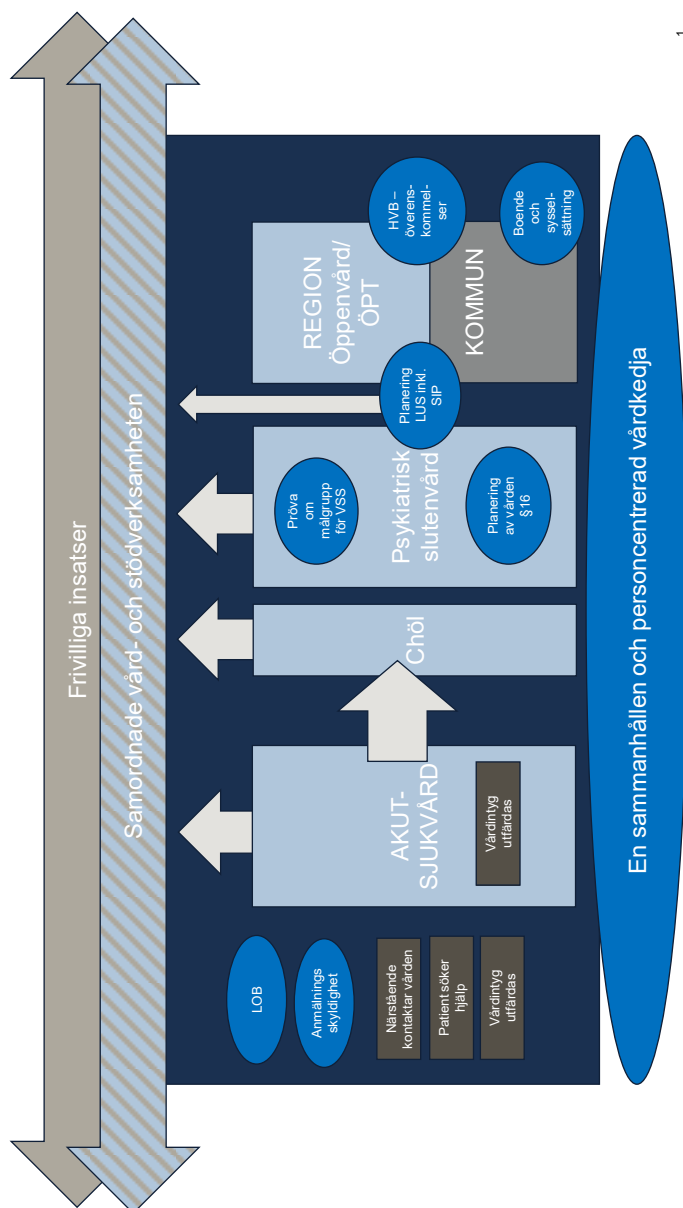
Alkohol- och drogkontroller ska kunna göras

I en ny bestämmelse i LPT, vilken genom hänvisning även gäller LRV, införs en ny bestämmelse om att den som ges sluten psykiatrisk vård är skyldig att på begäran lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov för kontroll av om han eller hon är påverkad av narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådant medel som avses i 1 § lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådan som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Detta gäller såväl vid ankomsten till vårdinrättningen, om det finns anledning till att begära en sådan kontroll, som under vårdtiden om det kan misstänkas att patienten är påverkad av sådan dryck eller vara eller sådant medel. Det tydliggörs också i 26 § LPT att de särskilda villkoren vid öppen psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård får avse provtagning.

Tvångsvård som en del av sammanhållen och personcentrerad vårdkedja

Som framgår ovan är vår inriktning att institutionsvård ska ersättas med psykiatrisk vård och en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. I kapitel 8 lämnar vi förslag som ska öka förutsättningarna för den förändringen. Bland annat syftar förslagen till att förtydliga innehållet i planeringen, säkerställa att den innehåller patientens egna mål och att patienten får tillräckligt med information för att kunna vara delaktig samt att förbättra förutsättningarna för en samordnad planering.

Figur 2 Överblick över hur vårdkedjan kan se ut för en patient som tvångsvårdas



Bilden visar exempel på hur vårdkedjan för tvångsvårdade patienter kan se ut om utredningens förslag i sin helhet genomförs. De översta pilarna i figuren illustrerar att en patient så fort det är möjligt ska övergå till frivillig vård och att, i de fall det är aktuellt, vård- och stödverksamheten stöttar patienten även under tiden i slutenvården. De blå cirkelarna motsvarar de förslag vi lämnar för att förstärka en sammanhållen vårdkedja som främst består av frivilliga insatser.

En anmälningsskyldighet för socialnämnden ska införas

I socialtjänstlagen införs en ny bestämmelse att socialnämnden ska anmäla till regionens hälso- och sjukvård om de får kännedom om en person där det finns skälig anledning att anta att det finns ett behov av slutna 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 regleras också en skyldighet för regionen att säkerställa att det finns rutiner för ta emot och bedöma anmälningarna samt hur nämnden kommer i kontakt med regionen.

Kraven på utredning och information till patienten ska förtydligas

Vi föreslår att 16 § LPT kompletteras att så det framgår att vårdplanen ska innehålla inte bara vilka behandlingsåtgärder utan också vilka utredningsåtgärder som planeras. Skälet till vårt förslag är att forskning visar att tvångsvård förefaller få bättre effekt om den utgår från en tydlig utredning. Det ska också framgå av lagen att patienten ska få information om vilka åtgärder som planeras och vad de ska syfta till. På det sättet ökar förutsättningar för patienten att påverka planen i det samråd som så långt det är möjligt ska ske enligt 16 §, och om det inte är olämpligt med närstående. Det kan bidra till att skapa ökad överblick och kontroll på ett sätt som gynnar patientens hälsa och möjlighet till återhämtning.

Patientens mål ska framgå av vårdplaneringen

En viktig utgångspunkt för planeringen är vad patienten vill ha hjälp med, vilket i många fall kan ligga till grund för vilka insatser som ges och hur. Men även när patienten har mål som hälso- och sjukvården inte kan stödja kan det vara väsentligt att de dokumenteras eftersom det ger en bild av meningsskiljaktigheterna mellan hälso- och sjukvården och patienten, och varför patienten inte samtycker till vissa insatser. Vi föreslår därför att det av 16 § LPT och 7 a § LPT ska framgå att patientens mål med vården så långt det är möjligt ska framgå av planen. Det ska även framgå av planen hur målen ska följas upp och vem som ansvarar för att det blir gjort. Målen kan röra den aktuella vårdformen. Det kan handla om hur patienten vill bli bemött och hur tvångsåtgärder ska undvikas. Målen kan också vara mer långsiktiga och ange önskade förbättringar av patientens psykiska och somatiska hälsa eller livssituation. Om patienten inte motsätter sig det bör målen följa med patienten och modifieras över tid i de verksamheter där patienten ska få insatser efter tvångsvården. Forskning visar att det är av vikt att formulera uppföljningsbara behandlingsmål och att patienten kan delta i utvärderingen av i vilken grad de uppfyllts.

Målgruppstillhörighet för den samordnade vård- och stödverksamheten ska alltid övervägas

Som framgår ovan bedömer vi att personer som tvångsvårdas i många fall tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Det gäller exempelvis personer som heldygnsvårdats vid upprepade tillfällen för skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd, och där man inte bedömer att en öppen vårdkontakt och ordinarie socialtjänstinsatser är tillräckligt för att personens hälsa och livssituation ska kunna förbättras. Bland personer som har en psykossjukdom och ett skadligt bruk eller beroende bedöms merparten tillhöra verksamhetens målgrupp.

Av rättspsykiatrins patienter bedömer vi att minst hälften tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten.

Vi föreslår därför att det ska framgå av LPT och LRV att det i samband med vårdplaneringen och inför utskrivning ska övervägas om

patienten tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten.

Den samordnade planeringen ska förbättras

Vi gör bedömningen att den samordnade planeringen som ska ske inför utskrivning från sluten psykiatrisk tvångvård och rättspsykiatrisk vård behöver förbättras. De förslag vi lämnar innebär att vården av personer med skadligt bruk eller beroende i högre grad kommer att bedrivas i öppen vård, frivilligt eller med stöd av regler om öppen psykiatrisk tvångsvård. Därför måste det finnas en sammanhållen och likvärdig process för planeringen. Syftet är att patienten ska få den vård och det stöd hen behöver utifrån sina mål, behov, resurser och sammanhang.

Planeringen ska starta tidigare

Vi föreslår att det i 4 kap. 3 § samverkanslagen införs en ny bestämmelse om att kallelse till samordnad vårdplanering för en patient som vårdas enligt LPT eller LRV ska skickas snarast efter det att en enhet fått inskrivningsmeddelandet och en fast vårdkontakt utsetts eller, så snart ett behov av insatser från region och kommun har identifierats. Genom den förändringen frigörs mera tid för planeringen på ett sätt som ökar förutsättningarna för att insatser ska kunna anpassas till patientens behov och egna mål. Det innebär att kommunen kommer in i planeringsprocessen tidigare och, omvänt, att det ges mera tid för att planera hur insatser från hälso- och sjukvården ska se ut.

Kommunen ska vara skyldig att delta i planeringen

För att motverka de inlåsnings effekter som finns i dagens regelverk, och som vi beskriver i kapitel 8, föreslår vi en bestämmelse som säger att kommunen är skyldig att delta i en sådan planering som den fasta vårdkontakten eller chefsöverläkaren kallar till enligt bestämmelser om samordnad planering. En sådan uttrycklig bestämmelse motive-

ras av vikten av att en planering inte bromsas upp av att kommunen inte deltar i en planering eller väljer att komma in i ett senare skede.

Ytterligare åtgärder för att förbättra samverkan ska vidtas

Som framgått ovan bedömer vi att en fungerande planeringsprocess är avgörande för att våra förslag ska få önskad effekt. Vi föreslår därför att Socialstyrelsen ska få ett särskilt uppdrag att stödja processen för den individuella planeringen inför utskrivning från psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Vi bedömer också av de överenskommelser som regioner och kommuner, enligt nuvarande lagstiftning, ska ingå kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende ska innehålla former och rutiner för planeringen vid utskrivning. Av dessa bör det framgå hur patientens mål, behov, resurser och sammanhang ska vara utgångspunkt för planeringen. Därför behöver personer med egen erfarenhet av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten bidra i arbetet med överenskommelserna. Överenskommelser behöver ingås både på regionnivå och lokalt och innehålla kontaktvägar mellan olika vårdnivåer, hur en fast vårdkontakt ska utses och hur den samordnade vård- och stödverksamheten ska utöva sitt uppdrag inom ramen för planeringen. Vi anser också att regioner och kommuner ska se över hur ersättningsystem och andra styrdokument stödjer den samverkan som behöver ske inför utskrivning.

Kunskapen om metoder som effektivt stödjer boende och sysselsättning ska öka

Vi anser att socialtjänsten i högre grad behöver använda sig av metoder som har evidens för boende och sysselsättning, såsom Bostad först, vårdkedjemodellen eller IPS, och utveckla sitt arbete med boendeformer och former för sysselsättning som fungerar för målgruppen. Socialtjänsten behöver också utveckla arbetssätt i befintliga boendeformer, såsom särskilda boenden, korttidsboenden eller gruppbo-städer enligt LSS, för att de ska bli mer anpassade för personer med skadligt bruk och beroende. Därför föreslår vi att Socialstyrelsen får, i samverkan med Boverket och i samråd med SKR, i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla metoder och nya boende-

former inklusive boendestöd. Vi föreslår också att Socialstyrelsen får, i samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och i samråd med SKR, i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla former för sysselsättning som ger den enskilde möjlighet till ett självständigt liv. Dessutom föreslår vi att statsbidraget för juridiska personer som tillhandahåller sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning ökas med 10 miljoner.

En trygg och meningsfull vård

I kapitel 9 lämnar vi förslag som syftar till att stärka kvaliteten i tvångsvården och stärka patienternas delaktighet och rättssäkerhet.

Ett ständigt utvecklingsarbete för en trygg och meningsfull heldygnsvård ska bedrivas

Vård utan samtycke är ett kraftigt ingrepp i den enskildes rättssfär och utgör ett undantag från grundlagsstadgade fri- och rättigheter. Tvångsvård innehåller också särskilda patientsäkerhetsrisker, dels för att integritetskränkningen kan minska tilliten till vården och göra att patienten inte söker vård igen, dels för att tvångsåtgärder kan leda till direkta fysiska och psykiska vårdsador. För att tvångsvård ska kunna legitimeras krävs att det leder till konkreta förbättringar för patienten, vilket i sin tur ställer krav på att hen erbjuds adekvat behandling och meningsfulla aktiviteter. Vi föreslår därför en bestämmelse som stadgar att på sådana enheter där det ges vård enligt LPT och LRV ska det, för en trygg och meningsfull vård, bedrivas ett ständigt utvecklingsarbete som syftar till att förbättra vårdens innehåll, stärka patienternas inflytande och delaktighet, samt minska användningen av tvångsåtgärder. Kravet på ett sådant utvecklingsarbete gäller all psykiatrisk heldygnsvård där det bedrivs tvångsvård. I kapitel 9 utvecklar vi på vilket sätt och med vilka metoder ett sådant arbete kan bedrivas.

En tvångsvårdskommission ska inrättas

I våra direktiv anges att den gemensamma lagstiftning som vi ska lämna förslag på ska vara rättssäker. Vi bedömer att det förutsätter en förstärkt organisation på nationell nivå för utveckling av tvångsvården. Därför föreslår vi att det inrättas en kommission för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård i syfte att förstärka kunskapen om tvångsvårdens bedrivande, förstärka patienternas rättssäkerhet och stödja utvecklingen av en trygg och meningsfull tvångsvård. Kommissionen ska inrättas som ett självständigt organ inom Socialstyrelsen och omfattas i alla delar av det regelverk som gäller för statliga myndigheter. Ledamöterna ska bland annat bestå av patienter, anhöriga, företrädare för region och kommun, berörda myndigheter, forskare och personer med juridisk kompetens.

Konsekvenser

I kapitel 10 redovisar vi kostnadsberäkningar och andra konsekvenser av våra förslag. Konsekvensbeskrivningen utgår ifrån att förtydligandet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar, regleringen i hälso- och sjukvårdslagen att behandling av skadligt bruk och beroende ska ske samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd, samt lagen om stöd- och vårdverksamhet genomförs. Genomförs bara vissa av de uppräknade förslagen behöver en ny konsekvensbedömning göras inom ramen för den fortsatta beredningen. I avsnitt 11.3 utvecklar vi varför vi anser att den samordnade vård- och stödverksamheten är en bärande del av reformen.

Konsekvenser för personer som tvångsvårdas

Våra förslag får huvudsakligen positiva konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd och deras anhöriga. Som exempel på positiva konsekvenser kan nämnas den som regel kortare vårdtiden, som en tillämpning av LPT med våra modifieringar bedöms leda till, är till godo för patientgruppen då det saknas stöd för att långa institutionstider bidrar till återhämtning på längre sikt. Även de förslag vi lämnar för att förstärka patientens ställning i vårdplaneringen och att ställa krav på förbätt-

rad samordning bedöms ha positiva effekter. Samtidigt innebär våra förslag vissa risker. En är att vårdtiderna utan samtycke blir för korta så att behoven hos enskilda personer inte tillgodoses. Vår bedömning är dock att det som har effekt på sikt är att vårdkedjan håller ihop och personen kan ges frivilliga och samordnade insatser utifrån sina individuella behov. En annan risk är att LPT ger möjlighet att bedriva tvångsvård i situationer när det inte görs i dag och att det kan vara integritetskränkande för patienten och leda till att man inte söker vård igen. Vi menar dock att vårdtillfällena i sådana fall kommer att vara korta och att möjligheten att rädda liv väger starkare än den risk som vi beskrivit. Det bör också påpekas att de förslag vi lagt i delbetänkande också innebär att regionernas skyldighet att erbjuda frivillig vård i sådana situationer förstärks.

Även reformen i sig kan innebära risker. Ett förändrat huvudmannaskap skapar nya gränser och förutsätter att resurser och kompetens fördelas utifrån det nya ansvaret. När vissa verksamheter upphör eller förändrar sin inriktning går också värden förlorade. Därför föreslår vi att reformen genomförs stegvis under en femårsperiod, vilket utvecklas nedan i sammanfattningen och i kapitel 12.

Ekonomiska konsekvenser

Genom våra förslag får regionerna ökade kostnader för psykiatrisk heldygnsvård. Vi beräknar att antalet vårddygn kommer att behöva öka med 7 procent vilket motsvarar 557 miljoner kronor. Vi bedömer att det är högt räknat och väl kompenserar regionernas kostnadsökningar. Dessa pengar ska föras över från staten respektive kommunerna som får minskade kostnader. År 2021 kostade LVM-vården 911 miljoner. Av dessa var 535 miljoner kronor kommunala vårdavgifter. Resterande 374 miljoner kronor kom från den statliga anslagsfinansieringen. Vi har därför konstaterat att det finns ett utrymme för staten att utöver att kompensera regionerna för ökade kostnader, också tillföra medel som i första hand ska användas av regioner och kommuner för att gemensamt bedriva den samordnade vård- och stödverksamheten. I delbetänkandet har vi föreslagit att regionerna ska kompenseras för uppdraget att ansvara för all behandling av skadligt bruk eller beroende, och att det ska utgå stimulansmedel till regioner och kommuner för att stödja genomförandet av

reformen. I konsekvenskapitlet redovisar vi även andra kostnader än de som nämns här, exempelvis kostnader för uppdrag till statliga myndigheter. Vi föreslår också att regionerna tillförs drygt 76 miljoner kronor för de ökade kostnader som det förtydligade ansvaret för personer som omhändertas enligt LOB medför.

Övriga konsekvenser för regioner och kommuner

Även om regionerna fullt ut kompenseras ekonomiskt för sitt nya åtagande medför reformen vissa konsekvenser på andra sätt. De nya vårdplatserna ska bemannas vilket redan i dag är svårt i hälso- och sjukvården generellt. Vi har ovan i sammanfattningen av kapitel 6 utvecklat resonemanget kring kompetensförsörjningen.

Även tillgången till ändamålsenliga lokaler är en fråga som kan påverka möjligheten att bedriva psykiatrisk heldygnsvård. I konsekvenskapitlet konstaterar vi att det är en utmaning för hela hälso- och sjukvården som det behöver tas ett helhetsgrepp om.

Vi utvecklar också konsekvenserna av våra förslag för olika vårdgrenar som psykiatrisk slutenvård, specialiserad beroendevård och primärvård. När det gäller socialtjänsten gör vi bedömningen att det behöver utvecklas nya arbetssätt med fokus på boende och sysselsättning och arbete. Som framgår ovan föreslår vi att Socialstyrelsen i samverkan med andra myndigheter ska få i uppdrag att stödja den utvecklingen. Vi föreslår vidare att kommunerna ska behålla de medel som frigörs på grund av minskade kostnader som följer av att placering inte längre ska ske enligt 27 § LVM. Dessa kan användas till insatser på boendeområdet.

I konsekvenserna resonerar vi också om vad det innebär för socialtjänsten att de inte längre har möjlighet att ge insatser utan den enskildes samtycke. Vi konstaterar också att kommunernas förutsättningar att bedriva stödinsatser förbättras genom att regionernas ansvar för att ge samordnad behandling förtydligas, och genom det förstärkta incitamentet för regionerna att ta ansvar för behandling vid HVB-placering. Även den samordnade vård- och stödverksamheten ger positiva konsekvenser för kommunerna.

Utgångspunkter för reformens genomförande

I kapitel 11 redovisar vi fem utgångspunkter för samsjuklighetsreformens genomförande. Dessa är:

- Patient-, brukar- och anhörigperspektivet ska fortsätta vara vägledande för genomförandet.
- Tidigare och pågående utvecklingsarbeten ska tas tillvara.
- Reformen ska genomföras både när det gäller huvudmannaskap och gemensam samordning.
- Andra utvecklingsprocesser inom välfärden ska beaktas
- Reformen ska genomföras som ett långsiktigt utvecklingsarbete.

Ikraftträdande och genomförande

I kapitel 12 föreslår vi att lagändringar i delbetänkandet SOU 2021:93 och i detta betänkande ska träda i kraft den 1 januari 2026.

Stegvis genomförande

Vi föreslår att reformen genomförs stegvis under en femårsperiod. Under den tiden kommer regionerna med stöd av ökade resurser kunna utveckla sin verksamhet. Det kommer att behöva ske ett nära samarbete med kommunerna för att kompetens som i dag finns i deras verksamheter ska tas till vara. Kommunerna kommer samtidigt ställa om sin verksamhet från ett behandlingsfokus till att utveckla sociala stödinsatser. Regionerna och kommuner kommer också behöva ha en gemensam ledningsstruktur för genomförandet av reformen för att kunna ta ett gemensamt ansvar. Ett särskilt gemensamt fokus behöver finnas på den samordnade vård- och stödverksamheter och insatser på HVB. I kapitel 12 lämnar vi förslag på vilka åtgärder regioner och kommuner, var för sig och gemensamt, behöver vidta årligen under femårsperioden.

Nationellt stöd

Vi föreslår att det ska inrättas en nationell stödstruktur på SKR och att det ska utgå stimulansmedel till regioner och kommuner under femårsperioden.

Avveckling av LVM-vården inom SIS

Vi föreslår att det tillsätts en särskild utredare för att avveckla den tvångvård inom SiS som bedrivs enligt LVM. Avvecklingen ska påbörjas 2024 och slutföras under 2026. Utredaren ska planera och genomföra avvecklingen inom myndigheten i nära dialog med dess ledning samt ansvara för överföringen av klienter från SIS till regionerna, ange datum för när SiS slutar ta emot klienter och när de sista skrivs ut.

1 Författningsförslag

1.1 Lag om upphävande av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Härigenom föreskrivs i fråga om lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
att lagen ska upphöra att gälla.

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall upphör att gälla den 1 januari 2026.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026

Övergångsbestämmelser

Den upphävda lagen ska fortfarande gälla för beslut som fattas enligt lagen till och med den 31 december 2025.

1.2 Förslag till lag om ändring i brottsbalken (1962:700)

Härigenom föreskrivs i fråga om brottsbalken att 31 kap. 2 §¹ ska upphöra att gälla.

31 kap. 2 § upphör att gälla den 1 januari 2026.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026

Övergångsbestämmelser

Den upphävda bestämmelsen ska fortfarande gälla för beslut som fattas till och med den 31 december 2025.

¹ Senaste lydelse 2001:457.

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.

Härigenom föreskrivs i fråga om lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.

att 3 och 4 §§ ska följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Om det behövs med hänsyn till den omhändertagnes tillstånd, skall han så snart det kan ske undersökas av en läkare.

En omhändertagen person som *inte bereds vård på sjukhus eller någon annan vårdinrättning, inte tas om hand på något annat sätt och som inte heller kan friges, får hållas kvar. Den omhändertagne får då tas i förvar om det är nödvändigt med hänsyn till ordning eller säkerhet. Förvaras den omhändertagne hos Kriminalvården ska myndigheten utöva tillsyn över den omhändertagne enligt 6 § samt fullgöra de uppgifter som avses i 7 § första och andra styckena, om inte uppgifterna har fullgjorts av Polismyndigheten. Motsvarande skyldigheter har annan myndighet vars tjänstemän med laga*

Föreslagen lydelse

3 §¹

Den omhändertagne ska föras till ett sjukhus eller annan vårdinrättning som kan ge stöd och behandling om inte annat följer av 4 §.

4 §²

En omhändertagen person som inte kan friges får tas i förvar om det är nödvändigt med hänsyn till ordning eller säkerhet eller för att vård av något annat skäl inte kan beredas på sjukhus eller någon annan vårdinrättning. Förvaras den omhändertagne hos Kriminalvården ska myndigheten utöva tillsyn över den omhändertagne enligt 6 § samt fullgöra de uppgifter som avses i 7 § första och andra styckena, om inte uppgifterna har fullgjorts av Polismyndigheten. Motsvarande skyldigheter har annan myndighet vars tjänstemän med laga stöd har omhändertagit någon enligt denna lag.

¹ Senaste lydelse 1984:391.

² Senaste lydelse 2014:583.

stöd har omhändertagit någon
enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026

1.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

dels att 2 a, 2 b, 3, 6 a, 7, 7 a, 16, 26, 26 a, 27, 33, 39, 47 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas nya paragrafer, 1 b, 6 c och 23 c §§ av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 b §

I 2 kap. 9 § socialtjänstlagen (2001:453) finns bestämmelser om socialnämndens skyldighet att anmäla till regionen om det finns skälig anledning att anta att en person är i behov av sluten psykiatrisk vård.

Regionen ska säkerställa att det finns rutiner för att ta emot och bedöma anmälningarna och för hur nämnden kan komma i kontakt med regionen.

2 a §¹

Tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden.

Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, *skall* de användas.

Tvång *skall* utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

Kontroll- och tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden.

Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, *ska* de användas.

Tvång *ska* utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

¹ Senaste lydelse 2000:353.

2 b §²

Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

Kontroll- och tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

3 §³

Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning *eller av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende* och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt.

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller

2. behöver iakttäta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning enligt första stycket utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säker-

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning *eller det skadliga bruket eller beroendet*

² Senaste lydelse 2000:353.

³ Senaste lydelse 2008:415.

het eller fysiska eller psykiska hälsa. är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

6 a §⁴

I sådana fall som anges i 19 eller 20 § får en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna. Om patienten är under 18 år får dock, i sådana fall som avses i 19 a eller 20 a §, patienten spännas fast med bälte högst en timme och hållas avskild högst två timmar.

En patient som hålls kvar enligt 6 § får, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa, ges nödvändig behandling.

En patient som hålls kvar enligt 6 § är skyldig att lämna prov enligt 23 c § under de förutsättningar som anges i den bestämmelsen, första stycket.

Beslut enligt denna paragraf fattas av legitimerad läkare. Chefsöverläkaren får besluta om förlängning av de tider som avses i första stycket under de förutsättningar som anges i 19–20 a §§.

6 c §

Chefsöverläkaren får, inom den tid som avses i 7 § första stycket, besluta att den slutna psykiatriska tvångsvården ska övergå i öppen form.

En samordnad vårdplan som avses i 7 a § ska upprättas innan beslut om vård i öppen form.

7 §⁵

Om chefsöverläkaren finner att patienten bör ges tvångsvård utöver fyra veckor från dagen för

Om chefsöverläkaren finner att patienten bör ges tvångsvård utöver fyra veckor från dagen för

⁴ Senaste lydelse 2020:354.

⁵ Senaste lydelse 2017:369.

beslutet om intagning, ska chefsöverläkaren före utgången av fyra-veckorstiden ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till sådan vård. Chefsöverläkaren ska även ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård när han eller hon anser att den psykiatriska tvångsvården bör övergå i öppen eller sluten form.

beslutet om intagning, ska chefsöverläkaren före utgången av fyra-veckorstiden ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till sådan vård. Chefsöverläkaren ska även ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård när han eller hon *efter fyra-veckorstiden* anser att den psykiatriska tvångsvården bör övergå i öppen eller sluten form.

I 26 a § finns särskilda bestämmelser om ansökan till förvaltningsrätten efter chefsöverläkarens beslut att en patient åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård efter tvångsvård i öppen form.

I ansökan ska det anges om vården avser sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård.

I ansökan om sluten psykiatrisk tvångsvård ska det anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka överväganden som har gjorts i fråga om vård i annan form för patienten. Till ansökan ska det fogas en redogörelse för det stöd och den behandling som planeras för patienten under och efter vistelsen på vårdenheten.

I ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård ska det anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården, vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva och, så långt möjligt, patientens inställning till dessa villkor. Till ansökan ska det fogas en sådan samordnad vårdplan som avses i 7 a §.

7 a §⁶

Chefsöverläkaren ska kalla till vårdplanering och upprätta en samordnad vårdplan.

En samordnad vårdplan ska innehålla uppgifter om

En samordnad vårdplan ska så långt möjligt innehålla uppgifter om patientens mål med vården, hur dessa ska följas upp, och vem som ansvarar för uppföljningen. Planen ska också innehålla en bedömning av om patienten tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet.

Vårdplanen ska även innehålla uppgifter om

- det bedömda behovet av insatser från regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård,
- beslut om insatser och, så långt möjligt, patientens inställning till insatserna i vårdplanen,
- vilken enhet vid regionen eller kommunen som ansvarar för respektive insats, och
- eventuella åtgärder som vidtas av andra än regionen eller kommunen.

Vårdplanen ska upprättas av chefsöverläkaren, om han eller hon bedömer att patienten kommer att vara i behov av insatser enligt första stycket i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård. Vårdplanen ska så långt möjligt utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående. Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller regionen som svarar för insatserna. Vårdplanen

Vårdplanen ska så långt möjligt utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående. Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller regionen som svarar för insatserna. Vårdplanen är upprättad när den har justerats av de enheter som ska svara för insatserna.

⁶ Senaste lydelse 2019:876.

är upprättad när den har justerats av *enheterna*.

Chefsöverläkaren ska underrätta berörd enhet vid region, kommun eller annan huvudman om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Vårdplanen kan samordnas med sådana vårdplaner som avses i 16 §, i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och i 4 kap. 2 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

16 §⁷

En vårdplan *skall* upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Vårdplanen *skall* ange de *behandlingsåtgärder* och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården *skall* uppnås och för att resultaten av dessa insatser *skall* kunna bestå. Så långt möjligt *skall* planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt *skall* samråd ske också med dennes närstående.

En vårdplan *ska* upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård *och ska, så långt möjligt, ange patientens mål med vården, hur dessa ska följas upp och vem som ansvarar för uppföljningen. Vårdplanen ska även ange de behandlings- och utredningsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå. Patienten ska informeras om åtgärderna och insatserna samt syftet med dessa. Så långt möjligt ska planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt ska samråd ske också med dennes närstående.*

Chefsöverläkaren *skall* undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt

Chefsöverläkaren *ska* undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten *och om*

⁷ Senaste lydelse 2000:353.

det är möjligt *skall* detta ske i samråd med patienten.

patienten tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet. Så långt det är möjligt ska detta ske i samråd med patienten.

Vårdplanen kan samordnas med sådana vårdplaner som avses i 7 a § och i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och i 4 kap. 2 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

23c §

En patient är, på begäran, vid ankomsten till vårdinrättningen, skyldig att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov för kontroll av om han eller hon är påverkad av narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådant medel som avses i 1 § lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådan vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Patienten får uppmanas att lämna prov endast om det finns anledning till det.

Skyldigheten enligt första stycket första meningen gäller även om det under vårdtiden kan misstänkas att den intagne är påverkad av någon sådan dryck eller vara eller något sådant medel som anges i första stycket.

Chefsöverläkaren beslutar om provtagning enligt första och andra stycket.

26 §⁸

Den som ges öppen psykiatrisk tvångsvård får vistas utanför sjukvårdsinrättningen.

Vid chefsöverläkarens beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 6 c § ska chefsöverläkaren föreskriva de särskilda villkor som enligt 3 § 2 ska gälla för vården.

Vid beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 § första stycket 2 som ska gälla för vården. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

Vid rättens beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 § första stycket 2 som ska gälla för vården. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

De särskilda villkoren får avse

- skyldighet att underkasta sig medicinerings eller annan vård eller behandling,

De särskilda villkoren får avse

- skyldighet att underkasta sig *provtagning*, medicinerings eller annan vård eller behandling,

- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud mot att använda berusningsmedel,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller
- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.

⁸ Senaste lydelse 2008:415.

26 a §⁹

Chefsöverläkaren får besluta att en patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård om

1. *de förutsättningar som anges i 3 § första stycket 1 och andra stycket är uppfyllda, och*

2. *rättens beslut om fortsatt vård inte kan avvaktas med hänsyn till risken för patientens eller annans hälsa eller personliga säkerhet.*

Anser chefsöverläkaren att den slutna psykiatriska tvångsvården bör fortsätta, ska han eller hon senast fyra dagar från dagen för beslutet ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt sådan vård. Föreskrifterna i 7 § tredje stycket tillämpas på en sådan ansökan.

Har en ansökan enligt andra stycket kommit in till förvaltningsrätten, får den slutna psykiatriska tvångsvården fortsätta i avvaktan på förvaltningsrättens beslut.

Om rätten medger att den slutna psykiatriska tvångsvården ska fortsätta, får den pågå under högst sex månader räknat från den dag förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan. I fråga om tvångsvård utöver denna tid tillämpas samma bestämmelser som vid fortsatt tvångsvård enligt 9 §.

Om chefsöverläkaren inte ansöker om fortsatt sluten psykiatrisk tvångsvård enligt andra stycket eller om rätten avslår chefsöverläkarens ansökan om sådan vård, ska det tidigare beslutet om öppen psykiatrisk tvångsvård kvarstå.

Chefsöverläkaren får besluta att en patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård, om *patientens psykiska tillstånd eller personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att behovet av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen.*

Anser chefsöverläkaren att den slutna psykiatriska tvångsvården bör fortsätta, ska han eller hon, *utom i fall som avses i 6 c §*, senast fyra dagar från dagen för beslutet ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt sådan vård. Föreskrifterna i 7 § tredje stycket tillämpas på en sådan ansökan.

⁹ Senaste lydelse 2009:809.

27 §¹⁰

När det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård, ska chefsöverläkaren genast besluta att tvångsvården ska upphöra. Frågan om tvångsvårdens upphörande ska övervägas fortlöpande.

I samband med tvångsvårdens upphörande ska övervägas om den enskilde tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet.

33 §¹¹

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett annat beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. avslag på en begäran om att tvångsvården ska upphöra,
2. förordnande enligt 24 § om förstöring eller försäljning av egendom,
3. avslag på en begäran om tillstånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,
4. återkallelse enligt 25 § tredje stycket av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, eller
5. meddelande av villkor i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 26 § andra och tredje styckena.
5. meddelande av villkor i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 26 § fjärde styckena.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättens beslut enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, ska överklagandet ges in till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, ska förvaltningsrätten avvisa det, om förseningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. Överklagandet ska inte avvisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått

¹⁰ Senaste lydelse 2008:415.

¹¹ Senaste lydelse 2009:809.

ut. I ett sådant fall ska chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till förvaltningsrätten.

39 §¹²

Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna sådant uppdrag åt en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen, dock inte när det gäller

1. beslut enligt 6 b § om intagning,
2. beslut enligt 6 c § om öppen psykiatrisk tvångsvård,
2. beslut enligt 11 § om övergång från frivillig vård till tvångsvård,
3. beslut enligt 11 § om övergång från frivillig vård till tvångsvård,
3. ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,
4. ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,
4. beslut enligt 17 § tredje stycket om behandlingen,
5. beslut enligt 17 § tredje stycket om behandlingen,
6. beslut enligt 23 c § om provtagning,
5. beslut enligt 19 § andra stycket och 19 a § andra stycket om förlängning av fastspänning,
7. beslut enligt 19 § andra stycket och 19 a § andra stycket om förlängning av fastspänning,
6. beslut enligt 20 § andra stycket och 20 a § andra stycket om förlängning av avskiljande,
8. beslut enligt 20 § andra stycket och 20 a § andra stycket om förlängning av avskiljande,
7. beslut enligt 20 b § om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster,
9. beslut enligt 20 b § om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster,
8. beslut enligt 22 a § om övervakning av försändelser,
10. beslut enligt 22 a § om övervakning av försändelser,

¹² Senaste lydelse 2020:354.

9. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller övervakning som anges i 7 och 8, eller

10. beslut eller ansökan om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a §.

11. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller övervakning som anges i 7 och 8, eller

12. beslut eller ansökan om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a §.

47 §¹³

Om det finns skälig anledning att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp, får Polismyndigheten tillfälligt omhänderta honom eller henne i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge honom eller henne sådan hjälp. Den omhändertagne får föras till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling.

Om det finns skälig anledning att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning *eller ett allvarligt skadligt bruk eller beroende* och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp, får Polismyndigheten tillfälligt omhänderta honom eller henne i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge honom eller henne sådan hjälp. Den omhändertagne får föras till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling.

Polismyndigheten eller, om det gäller en transport av någon i fall som avses i 6, Kriminalvården ska lämna hjälp på begäran av

1. en läkare som avses i 4 § andra stycket sista meningen för att han eller hon ska kunna genomföra en undersökning för vårdintyg,

2. en läkare som avses i 4 § andra stycket sista meningen eller av chefsöverläkaren för att föra patienten till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats,

3. chefsöverläkaren för att återföra en patient som har lämnat vårdinrättningen utan tillstånd,

4. chefsöverläkaren för att återföra en patient till vårdinrättningen, om denne inte har återvänt dit sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför inrättningens område har gått ut eller tillståndet har återkallats,

¹³ Senaste lydelse 2017:134.

5. chefsöverläkaren för att återföra en patient till vårdinrättningen, om denne inte har återvänt dit sedan beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård har fattats,

6. chefsöverläkaren för att i annat fall förflytta en patient som är intagen på en sjukvårdsinrättning med stöd av denna lag, eller

7. Socialstyrelsen för att sända hem en patient som är utländsk medborgare och som vårdas enligt denna lag.

En begäran enligt andra stycket får göras endast om

1. det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att åtgärden inte kan utföras utan att de särskilda befogenheter som anges i 10 och 10 a §§ polislagen (1984:387) eller, om det gäller en transport som utförs av Kriminalvården, 4 kap. 4 § och 10 § första stycket häkteslagen (2010:611) behöver tillgripas, eller

2. det annars finns synnerliga skäl.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026

1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Härigenom föreskrivs i fråga om lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

att 2 a, 2 b, 9, 10, 11, 12 a, 13, 16 a och 23 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 a §¹

Tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden.

Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, *skall* de användas.

Tvång *skall* utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

Kontroll- och tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden.

Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, *ska* de användas.

Tvång *ska* utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

2 b §²

Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

Kontroll- och tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

¹ Senaste lydelse 2000:354.

² Senaste lydelse 2000:354.

9 §³

Chefsöverläkaren får ge en patient, som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken utan beslut om särskild utskrivningsprövning, tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för ett visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.

Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med sådana villkor som anges i 26 § *tredje* stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med sådana villkor som anges i 26 § *fjärde* stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd som avses i första stycket om förhållandena kräver det.

10 §⁴

I fråga om den som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning prövas frågan om tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område av förvaltningsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten.

Vid sin prövning ska rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet och verkan av den vård och behandling som patienten genomgått. Tillståndet får ges för ett visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.

Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med sådana villkor som anges i 26 § *tredje* stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med sådana villkor som anges i 26 § *fjärde* stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

³ Senaste lydelse 2008:416.

⁴ Senaste lydelse 2009:810.

Förvaltningsrätten får efter ansökan av chefsöverläkaren överlämna åt denne att för en viss patient besluta om tillstånd enligt första stycket. När det finns skäl för det, får förvaltningsrätten återta denna beslutanderätt. Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, om förhållandena kräver det.

11 §⁵

Den som är intagen i en kriminalvårdsanstalt eller i ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken och som ges rättspsykiatrisk vård får ges tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för ett visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.

Ett tillstånd enligt första stycket får förenas med sådana villkor som anges i 26 § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Ett tillstånd enligt första stycket får förenas med sådana villkor som anges i 26 § fjärde stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

12 a §⁶

På ansökan av chefsöverläkaren får förvaltningsrätten medge att den rättspsykiatriska vården ska övergå i öppen eller sluten form eller fortsätta utöver den i 12 § angivna längsta tiden. I ansökan ska det anges om vården avser sluten eller öppen rättspsykiatrisk vård. Vid ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård tillämpas 7 § fjärde stycket och 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Det som sägs där om öppen psykiatrisk tvångsvård gäller i stället öppen rättspsykiatrisk vård.

På ansökan av chefsöverläkaren får förvaltningsrätten medge att den rättspsykiatriska vården ska övergå i öppen eller sluten form eller fortsätta utöver den i 12 § angivna längsta tiden. I ansökan ska det anges om vården avser sluten eller öppen rättspsykiatrisk vård. Vid ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård tillämpas 7 § femte stycket och 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Det som sägs där om öppen psykiatrisk tvångsvård gäller i stället öppen rättspsykiatrisk vård.

⁵ Senaste lydelse 2008:416.

⁶ Senaste lydelse 2009:810.

På ansökan av chefsöverläkaren får förvaltningsrätten medge att den rättspsykiatriska vården ska övergå i öppen eller sluten form eller fortsätta utöver den i 12 § angivna längsta tiden. I ansökan ska det anges om vården avser sluten eller öppen rättspsykiatrisk vård. Vid ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård tillämpas 7 § fjärde stycket och 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Det som sägs där om öppen psykiatrisk tvångsvård gäller i stället öppen rättspsykiatrisk vård.

Medgivande till förlängning av vårdtiden får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från den dag då förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan.

Vid beslut om öppen rättspsykiatrisk vård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 a § första stycket 2 som ska gälla för vården. De särskilda villkoren får vara sådana som anges i 26 § tredje stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

Vid beslut om öppen rättspsykiatrisk vård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 a § första stycket 2 som ska gälla för vården. De särskilda villkoren får vara sådana som anges i 26 § fjärde stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

Till ansökan om fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen.

13 §⁷

Chefsöverläkaren ska genast besluta att vården av en patient som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken utan beslut om särskild utskrivningsprövning ska upphöra om

1. patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning, eller
2. det inte längre med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han eller hon
 - a) är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång, eller
 - b) ges öppen rättspsykiatrisk vård.

⁷ Senaste lydelse 2008:416.

Chefsöverläkaren ska fortlöpande överväga frågan om den rättspsykiatriska vårdens upphörande.

I samband med tvångsvårdens upphörande ska övervägas om den enskilde tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet.

16 a §⁸

En fråga om särskild utskrivningsprövning prövas av förvaltningsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren eller efter ansökan av patienten.

Chefsöverläkaren ska anmäla frågan om särskild utskrivningsprövning senast fyra månader efter det att rättsens beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken blivit verkställbart, eller om patienten kommit till sjukvårdsinrättningen en senare dag, från den dagen. Därefter ska anmälan göras inom var sjätte månad från den dag då förvaltningsrätten senast meddelade beslut i frågan.

Chefsöverläkaren ska genast anmäla en fråga om särskild utskrivningsprövning när han eller hon anser att den rättspsykiatriska vården kan upphöra eller att vården bör övergå till öppen eller slutet rättspsykiatrisk vård.

I samband med tvångsvårdens upphörande ska övervägas om den enskilde tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet.

Vid beslut om öppen rättspsykiatrisk vård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 b § första stycket 3 som ska gälla för vården. De särskilda villkoren får vara sådana som anges i 26 § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Rätten får överlämna

Vid beslut om öppen rättspsykiatrisk vård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 b § första stycket 3 som ska gälla för vården. De särskilda villkoren får vara sådana som anges i 26 § fjärde stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Rätten får överlämna

⁸ Senaste lydelse 2009:810.

åt chefsöverläkaren att besluta om de särskilda villkoren. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

åt chefsöverläkaren att besluta om de särskilda villkoren. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

23 §⁹

Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare, med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna, vid sjukvårdsinrättningen eller den enhet för rättspsykiatrisk undersökning där patienten vårdas att utföra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna ett sådant uppdrag åt en annan läkare vid inrättningen eller enheten, dock inte när det gäller

1. intagning enligt 3 c eller 3 d § för sluten rättspsykiatrisk vård,
2. beslut enligt 5 § om intagning för rättspsykiatrisk vård,
3. ansökan enligt 3 c eller 12 a § om medgivande till fortsatt vård,
4. anmälan enligt 16 a § om särskild utskrivningsprövning,
5. beslut om behandlingen enligt 8 § denna lag jämförd med 17 § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,

6. beslut enligt 23 c § lagen om psykiatrisk tvångsvård om provtagning,

6. beslut om förlängning av fastspänning enligt 8 § denna lag jämförd med 19 § andra stycket och 19 a § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård,

7. beslut om förlängning av avskiljande enligt 8 § denna lag jämförd med 20 § andra stycket och 20 a § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård,

8. beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

7. beslut om förlängning av fastspänning enligt 8 § denna lag jämförd med 19 § andra stycket och 19 a § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård,

8. beslut om förlängning av avskiljande enligt 8 § denna lag jämförd med 20 § andra stycket och 20 a § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård,

9. beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

⁹ Senaste lydelse 2020:355.

9. beslut om övervakning av försändelser enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller

10. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller övervakning som anges i 8 och 9.

10. beslut om övervakning av försändelser enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller

11. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller övervakning som anges i 8 och 9.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026

1.6 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2002:453)

dels att 2 kap. 7 § och 6 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas nya paragrafer, 2 kap. 8 och 9 §§ och 5 kap. 9 b § och närmast före 5 kap. 9 b § ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

7 §¹

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Den individuella planen kan samordnas med annan vårdplanering enligt 7 a och 16 §§ lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, och enligt 4 kap. 2 § lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

¹ Senaste lydelse 2019:909.

8 §²*Förslag enligt SOU 2021:93*

I lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om kommunens skyldighet att gemensamt med regionen bedriva sådan verksamhet.

Föreslagen lydelse

I lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om kommunens skyldighet att gemensamt med regionen bedriva sådan verksamhet.

Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna ska tillgodoses för personer som fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet.

9 §

Socialnämnden är skyldig att anmäla till regionens hälso- och sjukvård om det finns skälig anledning att anta att en person är i behov av sluten psykiatrisk vård och den enskilde motsätter sig att frivilligt söka sådan vård.

Nämnden är skyldig att lämna alla uppgifter som kan vara av betydelse för läkares bedömning av anmälan.

Personer som vårdas utan samtycke

5 kap.

9 b §

Socialnämnden ska aktivt arbeta för att den som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk

² Senaste lydelse, förslag till ny bestämmelse i SOU 2021:93.

vård 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.

6 kap.

1 §³

Socialnämnden ska sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett

1. familjehem,
2. hem för vård eller boende, eller
3. stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år (stödboende).

Barn i åldern 16–17 år får tas emot i ett stödboende endast om det finns särskilda skäl.

Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård.

Förslag enligt SOU 2021:93

Regionen ansvarar, enligt 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för att den som tagits emot i ett hem för vård eller boende erbjuds en god hälso- och sjukvård.

Vården bör utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön.

Föreslagen lydelse

Regionen ansvarar enligt 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för att den som placerats utanför det egna hemmet erbjuds en god hälso- och sjukvård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026

³ Senaste lydelse 2015:982.

1.7 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs i fråga om offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) att 25 kap. 1 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

25 kap.

1 §¹

Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, exempelvis rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, befruktning utanför kroppen, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, omskärelse och åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, exempelvis rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, befruktning utanför kroppen, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, omskärelse och åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

Med annan medicinsk verksamhet förstås enligt denna lag även verksamhet som bedrivs av Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård.

Första stycket gäller inte om annat följer av 7, 8 eller 10 § eller 26 kap. 6 §.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026

¹ Senaste lydelse 2012:459.

1.8 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659) att 6 kap. 15 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

15 §¹

Utöver vad som annars följer av lag eller förordning är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att lämna ut sådana uppgifter som

1. gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket,

2. begärs av Säkerhetspolisen i ett enskilt fall och behövs i myndighetens verksamhet för personskydd för

a) statschefen, tronföljaren, en annan medlem av kungahuset, en talman, en riksdagsledamot, statsministern, ett statsråd, en statssekreterare eller kabinettssekreteraren,

b) en person vars personskydd Säkerhetspolisen ansvarar för i samband med statsbesök och liknande händelser, eller

c) en person som Säkerhetspolisen i ett enskilt fall har beslutat om personskydd för,

3. behövs för en rättsmedicinsk undersökning,

4. Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor behöver för sin verksamhet,

5. behövs för prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning eller polisprogrammet, eller

6. behövs för prövning av någons lämplighet att ha körkort, traktorkort eller taxiförarlegitimation enligt taxitrafiklagen (2012:211).

7. Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård behöver för sin verksamhet.

¹ Senaste lydelse 2020:1052.

1.9 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 5 kap. 4 § och 16 kap. 3 och 4 §§ ska ha följande lydelse,
dels att det ska införas nya paragrafer, 8 kap. 11 och 12 §§ av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 kap.

4 §¹

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

För en trygg och meningsfull vård ska det, där det ges sluten psykiatrisk vård enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, bedrivas ett ständigt utvecklingsarbete i syfte att

- förbättra vårdens innehåll,*
- stärka patientens inflytande och delaktighet, samt*
- minska användningen av tvångsåtgärder.*

8 kap.

11 §²

Förslag enligt SOU 2021:93

Föreslagen lydelse

Regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läke-

Regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läke-

¹ Senaste lydelse 2017:30.

² Senaste lydelse förslag till ny bestämmelse i SOU 2021:93.

medel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård som han eller hon behöver. Vården ska organiseras så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

medel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård som han eller hon behöver. Vården ska organiseras så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

Regionen ansvarar för att den som ombändertagits enligt lagen (1976:511) om ombändertagande av berusade personer m.m. erbjuds en god hälso- och sjukvård.

12 §³

Förslag enligt SOU 2021:93

Föreslagen lydelse

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i ett sådant hem för vård eller boende som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Regionen ska, efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen, tillsammans med kommunen, upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 §, om det inte är uppenbart obehövt. Planen ska vara upprättad inom två veckor efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen.

Regionen svarar för att det av planen framgår vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av, hur de ska genomföras och följas upp.

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som placerats utanför det egna hemmet enligt 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Regionen ska, efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen, tillsammans med kommunen, upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 §, om det inte är uppenbart obehövt. Planen ska vara upprättad inom två veckor efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen.

Regionen svarar för att det av planen framgår vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av, hur de ska genomföras och följas upp.

³ Senaste lydelse förslag till ny bestämmelse i 2021:93.

16 kap.

3 §⁴

Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,
2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, *och*
2. personer *med skadligt bruk eller beroende av* alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar,
3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.
4. *hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses för personer som fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet.*

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

4 §⁵

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

⁴ Senaste lydelse 2019:973.

⁵ Senaste lydelse 2019:973.

Den individuella planen kan samordnas med annan vårdplanering enligt 7 a och 16 §§ lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, och enligt 4 kap. 2 § lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026

1.10 Förslag till lag om ändring i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

att 1 kap. 3 § och 4 kap. 2 och 3 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

3 §¹

I denna lag avses med

1. hälso- och sjukvård: åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter,

2. socialtjänst: insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt *de* särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga *eller av missbrukare*,

2. socialtjänst: insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt *den* särskilda författningen om vård utan samtycke av unga,

3. slutna vård: hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning,

4. öppen vård: annan hälso- och sjukvård än slutna vård, och

5. utskrivningsklar: att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården.

4 kap.

2 §²

Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453).

¹ Senaste lydelse 2017:612.

² Senaste lydelse 2017:612.

Planen får upprättas om patienten samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Den individuella planen kan samordnas med sådana vårdplaner som avses i 7 a och 16 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

3 §³

En kallelse till den samordnade individuella planering som avses i 1 § första stycket ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården.

Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter det att en underrättelse enligt 3 kap. 1 § om att patienten är utskrivningsklar har lämnats.

För en patient som vårdas enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska kallelsen skickas snarast efter det att en sådan enhet som avses i 2 kap. 5 § tagit emot inskrivningsmeddelandet och en fast vårdkontakt utsetts eller, så snart ett behov av insatser från region och kommun har identifierats.

Kommunen är skyldig att delta i en planering enligt tredje stycket.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026

³ Senaste lydelse 2019:979.

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Härigenom föreskrivs i fråga om förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård att 2 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §¹

Chefsöverläkaren ska svara för att en särskild förteckning förs över de patienter som avses i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Chefsöverläkaren ska också se till att journalen för en sådan patient, utöver vad som följer av patientdatalagen (2008:355) och föreskrifter meddelade med stöd av den lagen, innehåller

1. vårdintyget eller kopia av det,
2. uppgift om tidpunkten för patientens ankomst till sjukvårdsinrättningen,
3. uppgift om beslut i fråga om tvångsvård enligt 6 b eller 11 § eller 14 § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller i fråga om rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken eller enligt 5 § lagen om rättspsykiatrisk vård,
4. uppgift om huruvida patienten överklagat beslut som avses i 3 och om rättens beslut då överklagande skett,
5. uppgift om ansökan enligt 7, 9, 12, 14 § andra stycket eller 26 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller om ansökan eller anmälan enligt 3 c, 3 d, 12 a eller 16 a § lagen om rättspsykiatrisk vård samt om rättens beslut med anledning av ansökan eller anmälan,
6. vårdplanen,
7. uppgift om samråd med patienten och dennes närstående enligt 16 eller 17 § lagen om psykiatrisk tvångsvård,
8. uppgift om tvångsåtgärd enligt 6 eller 6 a § lagen om psykiatrisk psykiatrisk tvångsvård jämte skälen för åtgärden,
9. uppgift om

¹ Senaste lydelse 2022:36.

a) tvångsåtgärd enligt 18–20 a eller 23 § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden,

b) underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 19, 19 a, 20 eller 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, och

c) tidpunkten när erbjudandet om sådant uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd som avses i 18 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård lämnades till patienten, patientens inställning till erbjudandet och, i förekommande fall, tidpunkten då samtalet genomfördes,

d) uppgift om provtagning enligt 23 c § lagen om psykiatrisk tvångsvård jämte skälen för och resultatet av åtgärden,

10. uppgift om tvångsåtgärd enligt 20 b eller 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden samt om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 22 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

11. uppgift om beslut om upphörande av sådan tvångsåtgärd som anges i 10,

12. uppgift om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 22 c § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

13. uppgift om omhändertagande av egendom och om kontroll av försändelser,

14. uppgift om överförande till annan sjukvårdsinrättning, utan att beslut fattats om att tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården ska upphöra,

15. uppgift om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område och särskilda villkor i samband därmed och om medgivande enligt 10 a eller 10 b § lagen om rättspsykiatrisk vård samt återkallelse av ett sådant tillstånd eller medgivande,

16. uppgift om tvångsvårdens eller den rättspsykiatriska vårdens upphörande,

17. uppgift om avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område eller om medgivande enligt 10 a eller 10 b § lagen om rättspsykiatrisk vård eller om att tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården ska upphöra,

18. uppgift om
 - a) huruvida patienten överklagat beslut som avses i 17 eller beslut om förstöring eller försäljning av egendom,
 - b) beslut om särskilda villkor i samband med vistelse utanför vårdinrättningens område,
 - c) återkallelse av tillstånd till sådan vistelse,
 - d) chefsöverläkarens beslut om villkor enligt 26 § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 12 a § tredje stycket eller 16 a § fjärde stycket lagen om rättspsykiatrisk vård,
 - e) chefsöverläkarens beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller om sluten rättspsykiatrisk vård enligt 3 c § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård, och
 - f) rättens beslut med anledning av överklagandet,
19. uppgift om
 - a) underrättelse enligt 26 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård till en patientnämnd,
 - b) anmälan till en sådan nämnd att det kan finnas skäl att utse en stödperson, och
 - c) nämndens beslut med anledning av anmälan,
20. uppgift om annat beslut av en patientnämnd som rör patienten,
21. uppgift om när patienten fått upplysningar enligt 30 § första stycket och 48 § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 26 § första stycket och 30 § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård,
22. uppgift om att målsäganden önskar få sådan underrättelse som sägs i 28 § lagen om rättspsykiatrisk vård samt om när sådan underrättelse har lämnats, och
23. uppgift om när rättens handlingar och beslut i mål om sluten vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller sluten vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård har överlämnats till patienten.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2026

1.12 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen

Härigenom föreskrivs i fråga om förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen

att det ska införas en ny paragraf av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

18 c §

Inom myndigheten finns ett särskilt organ som benämns Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård. Kommissionen ska

1. öka kunskapen om tvångsvårdens bedrivande,

2. förstärka patienternas rättssäkerhet och

3. stödja utvecklingen av en trygg och meningsfull tvångsvård.

2 Om uppdragets och dess genomförande

2.1 Utredningens direktiv

Utredningens direktiv om samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd (dir. 2020:68) beslutades vid regeringssammanträde den 17 juni 2020 (bilaga) och redovisades den 25 november 2021. Tilläggsdirektiv (dir. 2021:96) till utredningen beslutades vid regeringssammanträde den 28 oktober 2021 (bilaga). I tilläggsuppdraget framgår att utredningen ska:

- utifrån sin analys av för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM och LPT lämna förslag på en gemensam lagstiftning för att bland annat göra tvångsvårdslagstiftningen mer flexibel i sin utformning, säkerställa att insatser ges utifrån den enskildes behov samt stärka rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som ska vårdas med stöd av den gemensamma tvångsvårdslagstiftningen,
- ta ställning till och bedöma eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan de berörda huvudmännen som följd av föreslagna författningsändringar,
- lämna nödvändiga författningsförslag och de förslag till åtgärder i övrigt som utredaren bedömer behövs.

Utredningstiden förlängdes och de nya delarna ska redovisas i ett slutbetänkande senast den 31 januari 2023.

2.2 Utredningens arbete

Liksom under arbetet med delbetänkandet har vår ambition varit att förslagen ska tas fram genom aktivt deltagande av personer med samsjuklighet, anhöriga och personer som arbetar i, styr och leder verksamheter om riktar sig till målgruppen.

Vi har därför besökt samtliga LVM-institutioner. Vid besöken träffade vi ledning, medarbetare och klienter var för sig. Sammanlagt har vi träffat ett femtiotal klienter. Vi har också intervjuat personer som tidigare vårdats enligt LVM eller LPT. Totalt har vi pratat med ett hundratal personer med egen erfarenhet av LVM-vård.

Därutöver har vi haft samtal med personer i ledningsfunktioner i psykiatri och socialtjänst, gjort flera studiebesök i psykiatriska verksamheter och tagit del av professionsföreningars och patientbrukar- och anhörigföreningars erfarenheter. Vi har också intervjuat socialsekreterare om tillämpningen av nuvarande LVM. I framställningen nedan framgår vilka övriga metoder vi har använt för att samlas in och analysera underlag till våra bedömningar och förslag. Vår ambition har varit att tillämpa ett transparent arbets sätt och när vi bedömt det lämpligt, redovisa och pröva våra preliminära slutsatser och förslag.

2.2.1 Expertgrupp och vetenskaplig referensgrupp

Regeringen har utsett en expertgrupp som lämnat synpunkter till utredningen under arbetet. Vilka ledamöterna som deltagit framgår av missivet. Vi har därutöver, på eget initiativ, knutit en vetenskaplig referensgrupp till oss, vilket vi även hade under arbetet med delbetänkandet. Referensgruppen har haft uppdraget att bistå med forskningsunderlag och löpande ge ett vetenskapligt perspektiv på våra analyser, bedömningar och förslag. Gruppens sammansättning framgår av missivet. Vi har träffat båda grupperna vid sex tillfällen och däremellan tagit emot skriftliga synpunkter.

2.2.2 Besök vid samtliga LVM-institutioner

Under våren 2022 har utredningen besökt samtliga LVM-hem. Vid besöken har vi träffat ledningsfunktioner, personal och klienter. Formerna för våra samtal med klienterna har delvis sett olika ut mellan institutionerna. Ibland har vi pratat med grupper av klienter och vissa fall har vi haft enskilda samtal med klienterna. SiS har genomgående sett till att vi haft goda möjligheter att prata med personer med relevanta erfarenheter vid institutionerna för att få den information som behövs i utredningsarbetet.

Syftet med besöken har varit att inhämta information om hur ett nytt tvångsvårdssystem ska utformas, utifrån erfarenheter från dem som fått tvångsvårdsinsatser, av dem som arbetar i verksamheten och av dem som styr och leder LVM- verksamheterna.

2.2.3 Dialog med SiS

Vi har också haft en löpande dialog med SiS ledning centralt under utredningstiden och myndigheten har även haft en representant i expertgruppen. Myndigheten har lämnat flera skriftliga underlag till utredningen. SiS representant i expertgruppen har också lämnat ett särskilt yttrande som redovisas i detta betänkande som en särskild bilaga. Som framgår nedan har vi även begärt ut och sammanställt data om LVM-institutionerna och den verksamhet som bedrivs där.

2.2.4 Sammanställning och analys av befintliga utredningar, rapporter, registerdata och statistik

Tidigare utredningar, rapporter och vissa tillgängliga registerdata och annan statistik har tjänat som underlag till våra slutsatser. Källorna redovisas i samband med att vi beskriver skälen till våra bedömningar och förslag samt i bakgrundskapitlen.

Uppgifter från bland annat Socialstyrelsens hälsodataregister, statistik om vuxna personer med missbruk och beroende, statistik om LVM har vi hämtat från myndighetens publicerade rapporter. Vi har även tagit del av data om tvångsvård direkt från myndigheten.

Vi har gått igenom 100 LVM-domar från förvaltningsrätterna 2021, främst i syfte att få en bild av vilka indikationer som används

vid ansökan om vård enligt LVM. Vi har även gått igenom 100 domar avseende öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT i syfte att få ökad kunskap av hur regleringen om öppen psykiatrisk tvångsvård tillämpas. Domarna är i båda fallen slumpvist utvalda.

Som stöd för beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna som redovisas i kapitel 10 har vi bland annat gjort analyser av Socialstyrelsens statistik om vuxna personer med missbruk och beroende och Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) kartläggning psykiatri i siffror.

2.2.5 Kunskapssammanställningar

I följande delar har forskare bistått utredningen med särskilda underlag:

- Granskning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer för 2019

Med. Dr. Marianne Larsson Lindahl har bistått utredningen i arbetet med att sammanställa samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019. SiS genomför sådana med samtliga klienter som accepterar att intervjuas i enlighet med den strukturerade metoden dok.

- Forskningsöversikt om det vetenskapliga stödet för tvångsvård

Med. Dr. Marianne Larsson Lindahl har bistått utredningen med att samla in information och redovisa resultaten av forskning av tvångsvård mellan 2009–2021.

- Underlag om kliniska indikationer för tvångsvård

Professor Anders C Håkansson har bistått utredningen med att ta fram ett underlag med kliniska indikationer för tvångsvård.

- Sammanställning av forskning om patienters upplevelse av tvångsvård

Adjungerad adjunkt och legitimerad psykolog Sara Wallhed Finn har bistått utredningen med att sammanställa forskning om patienters upplevelse av tvångsvård, vilka faktorer som patienten uppfattar som hjälpsamma för tillfrisknande samt kring miljöfaktorer på vårdavdelningarna.

2.2.6 Internationell utblick

I kapitel 7 i vårt delbetänkande (SOU 2021:91) *Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* redovisar vi en internationell utblick som bland annat beskriver tvångsvården i Norge, Finland, Danmark, Australien, Kanada och England. Vi bedömer att denna redogörelse är relevant även för de delar som rör uppdraget som vi redovisar i detta slutbetänkande.

2.2.7 Dialog med andra utredningar

Vi har haft dialog med andra utredningar som har uppdrag som gränsar till uppdraget som redovisas i detta betänkande. Dessa utredningar är Utredningen Barn och unga i samhällets vård (S 2021:06), Utredningen om vissa tvångsvårdsfrågor (SOU 2022:40), Narkotikautredningen (S 2022:01), Utredningen om skydd, stöd och vård för personer som har utsatts för övergrepp vid produktion eller distribution av pornografi (A 2022:02) och Utredningen om exitprogram för personer som är utsatta för prostitution (A 2022:04).

2.2.8 Gällande rätt

I kapitel 5 och i delbetänkandet beskriver vi gällande rätt. Det kapitlet innehåller en beskrivning av för arbetet relevant lagstiftning. En närmare analys av LPT och LVM görs i kapitel 14 i nämnda betänkande. I de delar där vi i det här betänkandet lämnar förslag eller bedömningar som rör nya delar eller delar där det finns skäl att upprepa en beskrivning av gällande rätt beskrivs det i anslutning till respektive förslag eller bedömning.

2.2.9 Redovisning av inriktning på förslag och hantering av synpunkter

Vi har vid ett tillfälle redovisat inriktningen på våra förslag på utredningens hemsida. Syftet har varit att tidigt under processen få in synpunkter från personer och aktörer med relevanta erfarenheter och kunskaper så att dessa kunnat beaktas under arbetets gång. Vi fick framför allt in synpunkter från regioner och kommuner samt andra organisationer som arbetar inom området. Synpunkterna har vi använt för att anpassa och utveckla inriktningen på våra förslag.

2.2.10 Löpande dialog i delegationer, beredningar och nätverk

Vi har under utredningens gång haft löpande dialog med delegationer, beredningar och nätverk på SKR. Vi har vid två tillfällen träffat Sjukvårdsdelegationen samt beredningarna för Primärvård och äldreomsorg respektive Socialpolitik och individomsorg. Delegationen och beredningarna består av förtroendevalda i regioner och kommuner. Vi har också träffat socialchefs nätverket, chefsöverläkargruppen, psykiatrichefs nätverket och nätverket Beroende i Regioner och kommuner (BIRK) som består av tjänstemän i kommuner och regioner.

2.2.11 Övriga dialoger och samtal

Vi har utöver vad som beskrivits ovan haft ett stort antal ytterligare dialoger och samtal med representanter på olika nivåer och från olika verksamhetsområden i regioner och kommuner. Vi har gjort studiebesök i psykiatri och beroendevård i Stockholm och Kronoberg. Utöver det har vi träffat ideella organisationer som företräder målgruppen och varit på studiebesök på Stockholms brukarförenings verksamhet. Vi har även träffat ett antal professionsföreningar inom ramen för utredningsarbetet.

3 Tvångsvård vid missbruk i en historisk belysning

3.1 Tvångsvårdens framväxt

Ett missbruk och därmed förenade problem, för såväl den enskilde som för samhället, har en lång historia. Genom olika alkohol- och narkotikapolitiska åtgärder, innefattande allt från kriminalisering och restriktioner till stöd- och vårdinsatser, har samhället genom tiderna försökt främja nykterhet och bekämpa missbruk. Initialt, och tämligen långt in på 1900-talet, låg tyngdpunkten av samhällets insatser på åtgärder av det förra slaget. Fylleriet kriminaliserades år 1733 och avkriminaliserades först 1977.

Huvudtanken bakom olika legislativa åtgärder som vidtogs under 1800-talet var att samhället skulle hållas snyggt och rent och i 1864 års strafflag infördes fylleribrottet bland sedlighetsbrotten. Samhällets inställning till missbruk och personer med missbruksproblem har dock, efter hand, genomgått en viss förändring. Vi har gått från en alkoholistvård till en missbruksvård och från ett samhällsskydd till ett individskydd som bärande skäl till tvångsåtgärder.¹

Frågan om en tvångslagstiftning vid missbruk kom första gången på tal i en motion, som dock ej rönt framgång, vid 1889 års riksdag. Även om en del ”alkoholister” behandlades enligt 1885 års lösdrivarlag och en del hamnade på s.k. hospital fanns det personer med missbruk som utgjorde en fara för egen och anförvanters säkerhet. Arbets- och försörjningsplikten, liksom samhällsskyddsaspekten, trädde i förgrunden vid denna första ansats till offentlig nykterhetsvård. Det var dock inte förrän 1913 Sverige fick sin första lag (1913 nr 102) om behandling av alkoholister (alkoholistlag), förkortad AlkL.² Genom denna lag gavs myndigheterna rätt att, efter miss-

¹ Gustafsson 2001, Missbrukare i rättsstaten, s. 25 ff.

² Lagen genomgick vissa förändringar och revideringar 1931 och 1954.

lyckade tillrättaförande åtgärder, besluta om tvångsinternering. AlkL reglerade formerna för tvångsintagning på alkoholistanstalt. Ingripande kunde endast ske mot grova missbrukare som betraktades som sociala skadegörare mot vilka samhället borde skydda sig.³

Åtgärder med stöd av AlkL kunde endast vidtas mot den som var *hemfallen* åt alkoholmissbruk, dvs. mot den som behärskades av ett starkt alkoholbegär som medförde bundenhet vid eller beroende av alkoholen, och detta levnadssätt tillika medförde fara eller allvarlig olägenhet främst för samhället i olika avseenden.⁴ Därutöver krävdes för ett ingripande att någon eller några av de specialindikationer som angavs i lagen var uppfyllda. Den enskilde skulle på grund av sitt alkoholmissbruk antingen 1) vara farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv, eller 2) utsätta någon, som han enligt lag var skyldig att försörja, för nöd eller uppenbar vanvård eller annars grovt brista i sina plikter mot sådan person, eller 3) ligga det allmänna, sin familj eller annan till last, eller 4) vara ur stånd att ta vård om sig själv, eller 5) föra ett för närboende eller andra grovt störande levnadssätt. Lagen var också tillämplig om den åt alkoholmissbruk hemfallne, under de två senast förflutna åren, tre eller flera gånger bötfällts för fylleri eller fört ett kringflackande liv. Om AlkL var tillämplig var de nykterhetsvårdande organen *skyldiga* att vidta åtgärder för att återföra den enskilde till ett nyktert och ordentligt liv.⁵

Den som på grund av ett slutligt beslut med stöd av AlkL intagits på allmän alkoholistanstalt kunde kvarhållas där under *ett år*, i vissa fall två år. I undantagsfall kunde dessa tider *förlängas* med ytterligare två år. Utskrivning skulle dock ske tidigare om det fanns grundad anledning att anta att den intagne skulle komma att föra ett nyktert och ordentligt liv. Vidare kunde permittering på försök ske, då i allmänhet förenat med särskild övervakning och med lydadsföreskrifter.

Genom AlkL fick nykterhetsvården en fast organisation då det i varje kommun skulle finnas en *nykterhetsnämnd* (i vissa fall en uppgift för fattigvårdsstyrelsen) vars uppgift var att övervaka nykterhetstillståndet samt, för dess höjande, vidta erforderliga åtgärder.

³ Prop. 1954:159, Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om nykterhetsvård m.m., s. 58.

⁴ Prop. 1954:159, Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om nykterhetsvård m.m., s. 58.

⁵ Prop. 1954:159, Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om nykterhetsvård m.m., s. 63.

Det ankom på nämnden att försöka förebygga och motverka onykterhet och dryckenskap genom upplysningar, råd och anvisningar till både systembolag och andra försäljare av alkohol, liksom till enskilda. Nämnderna stod under tillsyn av Socialstyrelsen. Det ankom dock på *länsnykterhetsnämnd* att hålla sig noggrant underrättad om de kommunala nykterhetsnämndernas verksamhet, att utöva tillsyn över att nykterhetsnämnden fullgjorde sina uppgifter samt, att lämna dem vägledning och bistånd. Om nämnden inte handlade ärendena på ett nöjaktigt sätt kunde länsnykterhetsnämnden ta över handläggningen av ärendet.

Som ett led i omläggningen av samhällets nykterhetspolitik infördes lagen (1954:579) om nykterhetsvård, förkortad NvL. Ingripande mot ”alkoholmissbrukare” skulle genom den nya lagen kunna ske på ett tidigare stadium än vad AlkL medgett varför det talades om ”nykterhetsvård” i stället för alkoholistvård som en samlande beteckning av hela detta vårdområde.⁶

1948 års Alkoholistvårdsutredning⁷ pekade på missbrukets mångfasetterade orsaker och att samhällets åtgärder måste anordnas på ett sådant sätt av dessa fick ett så skiftande innehåll som möjligt. Utredningen underströk också vikten av att de *medicinska* synpunkterna vid behandling av alkoholmissbruk ägnades större uppmärksamhet. Utredningen menade att principiellt borde personer som missbrukade alkohol betraktas som fysiskt eller psykiskt alkoholskadade, framför allt medan ”alkoholbedövningen” varade och tiden närmast efter dess upphörande. Samtidigt ansågs miljön spela en viktig roll varför även icke medicinska åtgärder befanns vara av största värde vid behandlingen. För att bekämpa alkoholmissbruket borde därför samhällets åtgärder gå ut på att påverka såväl ”sjukdoms- som abnormtillstånd” som miljöfaktorer. *Medicinska, psykologiska och sociala åtgärder ansågs alla värdefulla och borde därför rationellt samordnas.* Målet för nykterhetsvården skulle vara att varje missbruksfall skulle bli föremål för en så utvecklad och individualiserad behandling på flera fronter som möjligt, syftande till att skapa förutsättningar för en helnykter livsföring.⁸

⁶ Prop. 1954:159, Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om nykterhetsvård m.m., s. 43.

⁷ SOU 1948:23, Betänkande med förslag till lag om nykterhetsvård m.m.

⁸ Prop. 1954:159, Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om nykterhetsvård m.m., s. 50 ff.

Genom 1954 års NvL kunde ett ingripande ske på ett ur förbättringssynpunkt gynnsammare stadium av missbruket. Den förebyggande verksamheten förstärktes och lagen gav möjlighet till såväl frivilliga hjälpåtgärder som till tvångsåtgärder. Om alkoholmissbruk förelåg hade nykterhetsnämnden, liksom enligt AlkL, en *skyldighet* att vidta åtgärder vid påföljd att länsnykterhetsnämnden annars kunde ta över handläggningen av ärendet. Syftet med åtgärderna enligt NvL var att den enskilde skulle återföras till ett nyktert liv.⁹

För *hjälpåtgärder* enligt NvL krävdes inte längre hemfallenhet, utan sådana kunde sättas in redan då någon "ej blott tillfälligt" använde alkoholhaltiga drycker till uppenbar skada för sig eller annan. Den förebyggande öppna vården skulle vara den primära vårdformen varför hemfallenhet inte krävdes. För tvångsåtgärder, vartill hänfördes *övervakning*, och *tvångsintagning* på nykterhetsvårdsanstalt krävdes dock fortsatt att den enskilde var hemfallen åt alkoholmissbruk. NvL möjliggjorde också frivillig intagning på anstalt med viss kvarhållningsrätt, försökspermission, utskrivning med övervakning och lydadsföreskrifter samt återintagning efter ett förenklat förfarande.

Den tid varunder man kunde kvarhållas på allmän vårdanstalt utgjorde *ett år*. Hade den enskilde förut varit intagen på en sådan anstalt och om nytt beslut meddelades inom fem år från senaste utskrivningen, var vårdtiden *två år*.

NvL innehöll ingenting om vård vid missbruk av *narkotika*. Detta behandlades företrädesvis inom sjukvården, antingen frivilligt enligt dåvarande sjukvårdslag eller med tvång, enligt den då gällande lagen (1966:293) om beredande av slutna psykiatrisk vård, förkortad LSPV. Enligt 1 § LSPV fick den som led av psykisk sjukdom, oberoende av eget samtycke, beredas slutna psykiatrisk vård, om sådan vård var oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens art och grad och till att han eller hon a) dels till följd av sjukdomen uppenbarligen saknade sjukdomsinsikt eller *till följd av beroende av narkotiska medel uppenbarligen var ur stånd att rätt bedöma sitt behov av vård*, dels kunde få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblev.

Vid tiden för NvL:s införande rådde viss oenighet om huruvida missbruk skulle hänföras till vanart eller sjukdom. Alkoholistvårdsutredningen avvisade dock möjligheten att kunna ingripa enbart vid fara för den enskildes hälsa mot bakgrund av den medicinska sak-

⁹ Prop. 1979/80:1, om socialtjänsten, Del A s. 106.

kunskapens uppfattning att ett objektiva fastställande av förekomsten av specifika fysiska eller psykiska skador hos den enskilde, framför allt sedan alkoholberusningen upphört, med dåvarande medicinska undersökningsmetoder inte var möjligt annat än i speciella fall. Det ansågs förenat med betydande vanskligheter att bestämma graden av medicinskt diagnostiserbara alkoholskador som skulle kunna läggas till grund för ett samhälleligt tvångsingripande. En *medicinsk indikation* skulle innebära ett lagfästande av en för svensk rättsåskådning främmande grund för att beröva en person friheten, nämligen svårbedömbara och i och för sig icke omedelbart livshotande skador, som någon tillfogar sig själv. Ingen, menade utredningen, skulle komma på tanken att tillgripa en lagstiftning av alkoholistlagstiftningens typ för att bekämpa andra former av olämplig livsföring. Ett godkännande i lag av medicinska skäl för tvångsåtgärder skulle dess-utom kunna medföra att de som önskade söka läkare avhöll sig därifrån, för att inte riskera att bli omhändertagna av nykterhetsnämnden.¹⁰ I NVL infördes sålunda ingen medicinsk indikation. För att tvångsåtgärder skulle kunna komma i fråga skulle den enskilde vara hemfallen åt ett alkoholmissbruk om man dessutom uppfyllde förutsättningarna i någon av specialindikationerna, huvudsakligen hänförliga till omgivnings- och samhällsskydd.

Nykterhetsvården utsattes för kritik och den s.k. Nykterhetsvårdsundersökningen¹¹ menade att de åtgärder som vidtogs riktade sig främst mot de sämre ställda i samhället, medan andra fick hjälp med sina alkoholproblem i sjukvården. Utredningen föreslog bland annat att socialvårdslagarna skulle ses över och att tvångsåtgärderna skulle avskiljas från dåvarande socialvården. Nykterhetsvården skulle anpassas till samhällsutvecklingen och till den syn man börjat få på alkoholmissbruket och personer med alkoholproblem. Med hänvisning till Nykterhetsvårdsundersökningen fick en ny utredning – Socialutredningen¹² – i uppdrag att överväga i vad mån nykterhetsvården kunde knytas närmare sjukvården.

Nykterhetsvården fortsatte att diskuteras under 1960- och 1970-talet. I debatten framhölls bland annat att den moderna behandlingsfilosofin vilade på principen om frivillighet och förtroende, något som skulle ses mot bakgrund av konventionen om mänskliga

¹⁰ Prop. 1954:159, Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om nykterhetsvård m.m., s. 68 f.

¹¹ SOU 1967:36, Nykterhetsvårdens läge.

¹² SOU 1974:39, Socialvården, Mål och medel, Principbetänkande av socialutredningen.

fri- och rättigheter och sådana övergripande mål som demokrati och jämlikhet. Den praktiska erfarenheten hade också visat att samråd och frivillighet i regel leder till avsevärt bättre resultat än åtgärder som vilar på tvång och ensidiga diktat. I ett pluralistiskt samhälle borde man inte kräva en alltför hög grad av likformighet i värderingar och konventioner. Toleransmarginalerna i fråga om ”avvikande beteenden” måste vara relativt vida. Den sociala kontrollen från samhällets sida borde därför inte drivas för långt. Särskilt borde man vara återhållsam med de former av social kontroll som innebär ingrepp i och kränkningar av den personliga integriteten.¹³ Den kombination av frivillighet och tvång som NvL innehöll kritiserades. Tvångsåtgärderna drabbade till övervägande del personer inom socialt och ekonomiskt svaga grupper, NvL uppfattades som en klasslagstiftning. Ökade socialvårdande och rehabiliterande insatser borde avsevärt kunna reducera behovet av tvångsåtgärder.¹⁴

Socialutredningen ville rensa ut tvångsinslagen ur sociallagstiftningen. Argumenten för detta var såväl behandlingsmässiga som yrkesetiska men även att det i komplicerade och påfrestande situationer kunde ligga nära till hands att använda sig av tvångsbestämmelserna utan att trängande skäl förelåg. Själva existensen av tvångsåtgärder kunde misskreditera hela verksamheten. Å andra sidan, och som skäl för att behålla tvångsåtgärderna, menade utredningen bland annat att socialvården inte kunde befrias från att initiera tvångsåtgärder i vissa fall. För att motverka misstroende från klienternas sida krävdes därför att den vård som kom till stånd upplevdes som meningsfull och att socialvården var beredd att solidariskt stödja och hjälpa klienten även i fortsättningen. Det ansågs heller inte realistiskt att förvänta sig att alla personer med ett missbruk skulle orka befria sig från missbruk genom enbart frivilliga insatser vilket vore, menade utredningen, att frånskriva socialvården ansvaret för det tyngsta ”klientelet”. Det skulle också innebära att många överlämnades till polis, domstolar och kriminalvård i stället, något som betecknades som förräderi mot klienterna.¹⁵

¹³ SOU 1974:39, Socialvården, Mål och medel, Principbetänkande av socialutredningen, s. 98 f.

¹⁴ SOU 1974:39, Socialvården, Mål och medel, Principbetänkande av socialutredningen, s. 99 f.

¹⁵ SOU 1974:39, Socialvården, Mål och medel, Principbetänkande av socialutredningen, s. 100 f.

3.2 LVM:s tillblivelse

I direktiven till Socialutredningen 1967 var frågan bland annat om bestämmelser om tvångsingripanden skulle finnas i ett särskilt avsnitt i en allmän lag eller om sådana regler skulle sammanföras i en särskild lag inom socialvårdens ram. En annan fråga var om lämpligheten i att skilja uppgifter som bygger på frivillig medverkan från uppgifter av tvångskaraktär.

Socialutredningen uttryckte en strävan att skapa sådana samhällsförhållanden att behovet av ingripanden utan den enskildes samtycke starkt skulle minskas. Sociala problem skulle i större utsträckning förebyggas eller lösas innan de utvecklats därhän att tvångsåtgärder behövde aktualiseras. Utredningen menade dock, att särskilda åtgärder – tvångsåtgärder – inte helt kunde undvaras då även vuxna människor ibland kan hamna i ett sådant tillstånd att de inte råder över sina handlingar och inte kan ta vård om sig själva.

Utredningen menade vidare, att grundläggande för samhällets vård- och behandlingsinsatser är att de måste präglas av en erbjudande attityd och respekt för den enskildes integritet. Tyngdpunkten för ansvaret av problembearbetning och behandling måste ligga hos den enskilde. Samhällets primära uppgifter i det individuella behandlingsarbetet skulle vara att ge den enskilde stöd och stimulans att frigöra och förstärka den enskildes personliga resurser. Av det övergripande målet för samhällets socialtjänst – *demokrati* – ansågs följa att den enskilde ska ha rätt att själv bestämma över sin person och därför äga frihet att bedöma om han eller hon vill utnyttja den av samhället erbjudna hjälpen. Av ett annat övergripande mål – *trygghet* – ansågs dock följa att det måste vara samhällets uppgift att skydda den som av olika skäl inte förmåga att styra eller överblicka konsekvenserna av sitt handlande, en allmänt vedertagen grund för samhällets rätt att vidta åtgärder utan samtycke. Även i sådana situationer skulle emellertid den enskildes självbestämmanderätt tillmätas stor betydelse. Tvångsvården skulle också begränsas till att gälla enbart hänsyn till den enskilde själv. Samhällsskyddet fick tillgodoses i andra former.¹⁶

Socialutredningen tog inte definitiv ställning till i vilken lag tvångsbestämmelserna skulle regleras. Övervägande skäl ansågs dock tala för en reglering i socialvårdslagen eftersom omhändertagandetiden skulle

¹⁶ SOU 1974:39, Socialvården, Mål och medel, Principbetänkande av socialutredningen, s. 324 ff.

ses som ett led i en sammanhållen vårdkedja. Utredningen menade vidare att det organ som svarade för utredningen inte borde fatta beslut om tvångsvård. Därför skulle dåvarande länsrätten bli beslutande organ medan ordföranden, eller annan inom socialnämnden, skulle kunna fatta interimistiska beslut i brådskande fall. Det skulle även ankomma på socialvården att verkställa länsrättens beslut.

Socialutredningen var emellertid inte enig. Även remissbehandlingen av förslaget gav vid handen vitt skilda uppfattningar då åtskilliga ville lägga bestämmelser om tvångsomhändertagande utanför sociallagstiftningen och andra ville se flera grunder för ingripanden.

I slutbetänkandet¹⁷ framlades två förslag. *Majoritetsförslaget* utgick från att behövliga vårdinsatser för den som missbrukade alkohol eller andra beroendeframkallande medel kunde ges med stöd av LSPV i de situationer det fanns behov av tvångsvård.¹⁸ *Alternativförslaget* innebar att tvångsvård skulle kunna genomföras med stöd av en särskild vårdlagstiftning, något som i sina huvuddrag överensstämde med förslaget i principbetänkandet (SOU 1974:39). Förslaget omfattade, till skillnad från vad som gällde enligt NvL, även personer med ett missbruk av narkotika. Det skulle förutsättas att den enskilde var ur stånd att bedöma sitt vårdbehov och att utebliven vård kunde medföra allvarlig fara för hans liv eller hälsa eller leda till andra sociala skadeverkningar för den enskilde. Däremot innefattade förslaget inte någon möjlighet till tvångsomhändertaganden till skydd för annan person.

Remissbehandlingen av slutbetänkande visade fortfarande starkt divergerande uppfattningar. En särskild arbetsgrupp bildades därför inom Regeringskansliet med uppdrag att, på grundval av bland annat Socialutredningens förslag och remissvaren, ge ett underlag för regeringens ställningstagande i frågan om tvångsvård av vuxna missbrukare. Arbetsgruppens förslag redovisades i Ds 1978:8, *Vård utan samtycke inom socialtjänst och sjukvård*.

I proposition 1979/80:1 om socialtjänsten som förelades riksdagen 1979 föreslogs att en ny socialtjänstlag skulle ersätta bland annat barnavårdslagen (1960:97), lagen (1954:579) om nykterhetsvård och lagen (1956:2) om socialhjälp. De centrala bestämmelserna på området fördes samman i en socialtjänstlag (SoL) som dock kom-

¹⁷ SOU 1977:40, Socialtjänst och socialförsäkringstillägg, Lagar och motiv, Socialutredningens slutbetänkande.

¹⁸ SOU 1977:40, Socialtjänst och socialförsäkringstillägg, Lagar och motiv, Socialutredningens slutbetänkande, s. 537. Prop. 1979/80:1 Del A s. 123.

pletterades av en lag med särskilda bestämmelser för vård av unga (LVU) samt vissa ändringar i LSPV. En grundläggande utgångspunkt i förslaget rörande SoL var att insatserna i individuella ärenden skulle präglas av frivillighet och den enskildes rätt till självbestämmande. Lagen innehöll därför inga tvångsåtgärder. Vad gäller vården av barn och unga rådde det dock i princip enighet om att det inte var möjligt att helt undvara tvångsinslag. De unga måste kunna garanteras nödvändig vård även om det inte går att få samtycke till vården. Detta behov skulle tillgodoses genom LVU.

Riksdagen beslutade att anta propositionens förslag till en ny socialtjänstlag och LVU, samt att upphäva socialhjälpslagen, barnavårdslagen och nykterhetsvårdslagen. Ikraftträdandet bestämdes till den 1 januari 1982.

Däremot var frågan om *tvångsvård av vuxna* personer med ett missbruk fortfarande omstridd. Riksdagen avslög förslaget till ändringar i LSPV vari ingick bestämmelser om vård oberoende av samtycke av vuxna missbrukare av alkohol och narkotika. I flera motioner uttalades tveksamhet till tvångsåtgärder mot personer med missbruk enbart inom sjukvårdens ram.¹⁹

Socialutskottet fann det nödvändigt att frågan om vård utan samtycke av vuxna personer med missbruk blev föremål för fortsatt utredning. Utskottet framhöll därvid vikten av en bred politisk samling i frågan. En parlamentarisk beredning skulle därför förutsättningslöst utreda frågan ytterligare. Beredningen skulle vara fri att pröva olika vägar för att tillgodose nödvändiga vårdbehov inom ramen för *helhetssynen* och att överväga hur förfarandet borde utformas för att uppfylla nödvändiga krav på *rättssäkerhet och objektivitet*. Utredningen borde sikta på att skapa största möjliga *rättstrygghet* för den enskilde och bästa möjligheter till en *individuell anpassad vård i en sammanhållen vårdkedja*. Lekmannainflytande borde också, om möjligt, förstärkas.²⁰

I maj 1980 tillsattes kommittén som sedermera antog namnet Socialberedningen. Beredningen hade i uppdrag att med förtur utarbeta ett lagförslag beträffande vården av vuxna personer med alkohol- och narkotikamissbruk. Lagstiftningen skulle träda i kraft samtidigt som socialtjänstlagen och LVU, dvs. den 1 januari 1982.

¹⁹ SOU 1981:7, LVM: Lag om vård av missbrukare i vissa fall, s. 17.

²⁰ SoU 1979/80:44 s. 62. Se även SoU 1979/80:24.

Beredningen överlämnade i januari 1981 ett enhälligt förslag i betänkandet SOU 1981:7 LVM – Lag om vård av missbrukare i vissa fall. Lagen trädde i kraft den 1 januari 1982, samtidigt med socialtjänstreformen, och har därefter reviderats 1989, dock inte på något genomgripande sätt i förhållande till den ursprungliga lagen.

3.3 Huvudmannskapet för tvångsvården

3.3.1 Före socialtjänstreformen

Innan socialtjänstreformen 1982 hade dåvarande socialvården en rad institutioner enligt den då efter behov uppdelade lagstiftningen. Sålunda fanns bestämmelser om barnavårdsanstalter och ungdomsvårdsskolor i barnavårdslagen och om allmänna vårdanstalter för alkoholmissbrukare i nykterhetsvårdslagen.

På NvL:s tid indelades vårdanstalterna för alkoholmissbrukare i allmänna och enskilda anstalter. De *enskilda* vårdanstalterna tog endast emot *frivilligt* intagna klienter och de förfogade inte över några tvångsåtgärder. Dessutom fanns *inackorderingshem* för alkoholmissbrukare och *inackorderingshem* och *behandlingshem* för narkotikamissbrukare som drevs i *kommunal, landstingskommunal eller enskild regi*.

De *allmänna* anstalterna, som indelades i *statliga* respektive *erkända* anstalter, fick ta emot klienter som var tvångsintagna enligt NvL liksom klienter som gått in frivilligt i vården men med kvarhållningsrätt för anstalten. De allmänna anstalterna var sålunda dels anstalt – eller avdelning därav – som *staten inrättat* för sådant ändamål, dels anstalt – eller avdelning därav – som *anordnats av* landsting, kommun, förening, stiftelse eller annan *och* som hade *erkänts av regeringen* som allmän vårdanstalt.²¹ Som huvudmän för institutionerna inom dåvarande socialvården fanns således *staten, landstingskommuner, kommuner och enskilda rättssubjekt*.²²

²¹ Närmare föreskrifter om vården vid sådan anstalt gavs i kungörelsen (1955:298) med vissa tillämpningsföreskrifter till NvL och i stadgan (1956:551) för allmänna vårdanstalter för alkoholmissbrukare.

²² I april 1980 fanns det dels, 4 *statliga* anstalter dels, 19 *erkända* anstalter med i regel sammanlagda antalet vårdplatser uppgick till 1 556 och fördelade sig på 17 län. Härutöver fanns 26 *enskilda* vårdanstalter för alkoholmissbrukare (853 platser), på vilka det inte kunde ske någon tvångsintagning enligt NvL. Huvudmän för dessa var kommuner, landstingskommuner, ideella organisationer och stiftelser. Enskilda vård-

Huvudmannaskapet för de *statliga* vårdanstalterna för alkoholmissbrukare och för ungdomsvårdsskolorna övergick till *landstingskommuner och kommuner* den 1 januari 1983 enligt en överenskommelse som träffats mellan staten och de båda kommunförbunden²³ våren 1980.²⁴ Detta hade föregåtts av att det i socialtjänstpropositionen föreslagits att staten inte längre skulle vara huvudman för några institutioner inom socialtjänsten utan att landstingskommunerna och kommunerna skulle ha ett gemensamt ansvar för institutionsvården inom socialtjänsten, vilka benämndes *hem för vård eller boende (HVB)*.²⁵

Den med kommunförbunden träffade överenskommelsen innebar bland annat att kommuner och landstingskommuner gemensamt skulle svara för att behovet av HVB blev tillgodosett, att huvudman för HVB skulle vara kommun, landstingskommun eller en juridisk person och att berörda kommuner/landstingskommuner skulle överta huvudmannaskapet för de statliga ungdomsvårdsskolorna och nykterhetsvårdsanstalterna. Staten skulle därvid, utan vederlag, överlåta de markområden med där befintlig fast och lös egendom som behövdes för driften och som ägdes av staten. Berörda kommuner/landstingskommuner skulle vidare överta de rättigheter och åtaganden som staten hade beträffande erkända och enskilda nykterhetsvårdsanstalter, behandlingshem och inackorderingshem för alkohol- och narkotikamissbrukare. Statens ekonomiska åtaganden för driften av dessa institutioner skulle tas över av de nya huvudmännen. Anställda vid institutioner som omfattades av överenskommelsen och som övertogs av kommuner/landstingskommuner skulle erbjudas anställning hos den nye huvudmannen.²⁶ Genom överenskommelsen menade föredragande statsråd att det skapats organisatoriska förutsättningar för en *sammanhållen planering* av ungdoms- och missbruksvården i

anstalter fanns i 17 län. Andra vårdresurser inom nykterhetsvården var de i huvudsak kommunala *inackorderingshemmen* för alkoholmissbrukare med ca 1 600 vårdplatser. Utöver den reguljära öppna nykterhetsvården fanns även de s.k. *alkoholpoliklinikerna* för öppen vård som i huvudsak drevs av kommunerna. Se prop. 1979/80:172 s. 7 f.

²³ Dåvarande Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet.

²⁴ Staten hade aldrig ansvar för någon behandlingsinstitution inom narkomanvården. Däremot utgick statsbidrag till driften av såväl behandlingshem som inackorderingshem. Se prop. 1979/80:172, om ändrat huvudmannaskap för ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter m.m. s. 7 f.

²⁵ Se om den närmare innebörden av HVB i prop. 1979/80:1 Del A s. 327.

²⁶ Se prop. 1979/80:172, om ändrat huvudmannaskap för ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter m.m. s. 17 f.

kommuner och landstingskommuner och en *fungerande vårdkedja* från medicinsk vård till den sociala rehabiliteringen.²⁷

3.3.2 Återgång till ett statligt huvudmannaskap

Kommunaliseringen av tvångsvårdens institutioner var en direkt följd av socialtjänstreformen 1982. Socialutredningen uttryckte tre grundläggande principer för institutionsvården; kontinuitet, flexibilitet och närhet. Dessa principer borde enligt utredningen ersätta de grunder för differentiering av institutioner som dittills tillämpats. Utredningen hade funnit en bristande anpassning till ifrågasvarande principer men de hade också sett problem i fråga om samverkan mellan institutionerna och andra aktörer såsom den öppna socialtjänsten, hälso- och sjukvården och skolan.

I maj 1991 fattade riksdagen ett principbeslut om att de särskilda ungdomshemmen skulle föras över från ett kommunalt/landstingskommunalt huvudmannaskap till ett statligt huvudmannaskap igen.²⁸ Överförandet skulle ske under 1992. I en särskild utredning som avlämnades i februari 1992²⁹ redovisades två huvudalternativ, dels en helstatlig organisation, dels en organisation med ett entreprenörssystem. Vidare föreslogs att en ny statlig myndighet skulle inrättas för ledning och drift av verksamheterna. Huvudmannaskapet föreslogs omfatta såväl de särskilda ungdomshemmen som LVM-hemmen.

Bakgrunden till förändringen såvitt gäller de *särskilda ungdomshemmen* var att en rad problemområden hade identifierats. Bland annat var hemmen ojämnt fördelade över landet och de hade i allt högre grad kommit att inriktas på att tillhandahålla akutinsatser. Den länsvisa planeringen av vården tillskrevs problematiken med en otillräcklig differentiering och specialisering. Länen ansågs i allmänhet alltför små för att utgöra en grund för differentiering, vilket fått till följd att de flesta institutioner saknade specialisering och därför tog emot en mer blandad grupp av klienter jämfört med tiden före kommunaliseringen. Därmed hade vården kommit att anpassas efter medelklienten och de mest svårbehandlade, eller de med särskilda vårdbehov, hade inte kunnat tas in eller inte fått adekvat behandling.

²⁷ Prop. 1979/80:172, om ändrat huvudmannaskap för ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter m.m. s. 11.

²⁸ Prop. 1990/91:96, om statsbidrag till missbrukarvård och ungdomsvård m.m.

²⁹ SOU 1992:18, Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll.

Vidare ansågs en ”liten grupp” av de särskilda ungdomshemmens klienter ha någon form av psykisk störning. Detta ansågs medföra särskilda problem eftersom någon diagnos ofta inte ställts trots uppvisade symtom. Därutöver fanns en mindre grupp med fastställd diagnos som egentligen borde vårdats i den reguljära psykiatriska vården. Också den omständigheten att det genom föreståndarens rätt att besluta om intagning, och att det därmed hade varit möjligt att välja bort klienter som inte ansågs passa in i institutionens vårdprogram, hade medfört att klienter med vissa problem uteslutits från vården framhölls som ett problem. Även kompetensproblem bland personalen utpekades som ett problemområde.³⁰

När det gäller *tvångsvård enligt LVM* fanns vid utgången av år 1991, 41 LVM-hem med sammanlagt 1 280 platser. 17 av hemmen var s.k. § 23-hem med 587 platser – 384 öppna och 203 slutna platser – och 24 hem var s.k. § 22-hem med 693 platser. Storleken på LVM-hemmen varierade mellan 7 och 88 platser per institution. Många av § 23-hemmen var före detta statliga nykterhetsvårdsanstalter, medan de flesta § 22-hem var före detta erkända eller enskilda anstalter.

Efter socialtjänstreformen minskade antalet tvångsvårdade personer med missbruksproblem. I och med att nya bestämmelser om kriterierna för tvångsvård och om utökad vårdtid trädde i kraft 1989 ökade dock antalet intagna för tvångsvård markant. Vid tiden för lagstiftningsärendet (1992) hade dock efterfrågan på platser åter minskat, sannolikt till stor del beroende på kommunernas ekonomiska läge. Kommunerna avvaktade med att placera klienter till dess att ett akut behov av omhändertagande måste ske. Detta medförde att institutionerna måste hålla en hög beredskap för akuta placeringar vilket var problematiskt när det samtidigt fanns krav på en hög beläggningsgrad. Vidare hade Socialstyrelsen pekat på att efterfrågan på platser varit mycket instabil under 1991 och viss platsbrist för speciella grupper hade konstaterats. Det rådde också underskott på platser särskilt avpassade för psykiskt störda klienter och klienter med komplexa vårdbehov. Det hade också blivit alltmer uppenbart att endast de mest problematiska ”missbrukarna” kom under vård enligt LVM. Grava läkemedelsmissbrukare och kriminellt belastade personer med missbruk behövde också vård i ökad omfattning.³¹

³⁰ Prop. 1992/93:61, om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård, s. 11 f.

³¹ Prop. 1992/93:61, om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård, s. 12 f.

Mot bakgrund av den problembild som tecknats ovan, liksom den omständigheten att det dåvarande statsbidragssystemet inte i tillräcklig grad haft styrande effekt,³² föreslogs sålunda att huvudmannaskapet för de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen skulle överföras från kommuner och landsting till staten. Möjligheter skulle ändå ges för staten att om det finns särskilda skäl, genom avtal, uppdra åt landsting eller kommuner att inrätta och driva sådana hem (jfr 6 kap. 3 § andra stycket socialtjänstlagen [2001:453]). Det kan avse situationer där en institution är samlokaliserad med andra verksamheter och där det då är naturligt att samma huvudman svarar för driften av båda verksamheterna.³³

I betänkandet SOU 1992:18 drogs slutsatsen att det finns uppenbara fördelar med att det *statliga* huvudmannaskapet omfattar såväl LVM-hemmen som de särskilda ungdomshemmen. Utredaren pekade bland annat på att båda vårdområdena regleras av särskilda lagar som till sitt innehåll betecknar avsteg från SoL:s huvudprincip om frivillighet, att det fattats myndighetsbeslut med stöd av lagarna och att båda vårdformerna ställer krav på ett befolkningsmässigt stort rekryteringsunderlag. För båda vårdformerna krävs också en differentierad institutionsstruktur. Även om åldersspridningen är betydande inom LVM-vården ansåg utredaren att det finns grundläggande likheter i behandlingsmetoder. Det bedömdes också finnas samordningsvinster när det gäller områden som personalutveckling och fortbildning liksom på fastighetssidan.³⁴

I propositionen anfördes att en av de viktigaste fördelarna med ett samlat ansvar är att det delade huvudmannaskapet, med den osäkerhet i ansvarsförhållandena som då fanns, skulle upphöra. En central planering av erforderliga resurser och ett centralt ansvarstagande skulle ge betydligt bättre förutsättningar för en differentiering av vårdinnehållet och att platstillgången bättre skulle kunna tillgodoses.³⁵

³² Prop. 1992/93:61, om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård, s. 15.

³³ Prop. 1992/93:61, om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård, s. 17.

³⁴ Prop. 1992/93:61, om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård, s. 16.

³⁵ Prop. 1992/93:61, om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård, s. 17.

3.3.3 Inrättandet av Statens institutionsstyrelse

Till följd av en återgång till det statliga huvudmannaskapet för de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen skulle en organisation byggas upp med en ny, till storleken begränsad, myndighet med ett totalansvar som är gemensam för tvångsvårdens olika grenar – Statens institutionsstyrelse (SiS). Enligt förarbetena skulle det medföra betydande vinster av ekonomisk och administrativ natur.³⁶

SiS uppgifter borde enligt förarbetena bland annat vara planering, ledning och drift, platsanvisningar, ekonomisk styrning, resultatuppföljning och kontroll, personaladministration och personalutbildning, metodutveckling, forsknings- och utvecklingsarbete och fastighetsförvaltning. En utgångspunkt var att de olika institutionerna skulle ges ett stort mått av självständighet. För att åstadkomma en god differentiering i utbudet fordrades dock en sammanhållen planering av verksamheten där SiS snabbt kan ta initiativ till och genomföra nödvändiga justeringar, något som kräver att SiS har goda kunskaper såväl om de olika institutionernas förhållanden som om förändringar i kommunerna. Planeringen av den omedelbara vården och vårdinnehållet borde ske ute på den enskilda institutionen och under föreståndarens ansvar.³⁷

SiS borde alltså svara för att det sker en anpassning av vårdresurserna i förhållande till de behov som kan konstateras. En viktig uppgift för SiS borde också vara att inom organisationen och även utåt sprida kunskap om långsiktiga mål och strategier. Vidare borde ligga ett ansvar för att vården vid hemmen bedrivs i enlighet med den fastställda differentieringsordningen, att utfärda nödvändiga anvisningar och riktlinjer för vårdarbetet inom hemmen och att följa upp och utvärdera denna vård.³⁸

Vad gäller *differentiering* skulle de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen differentieras efter klienternas behov och förutsättningar att tillgodogöra sig vården. De klienter som kommer till hemmen uppvisar ofta mycket djupgående störningar och en sam-

³⁶ Prop. 1992/93:61, om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård s. 18. Utredningen gav vid handen att om de dåvarande LVM-hemmen och särskilda ungdomshemmen skulle överföras till statligt huvudmannaskap skulle organisationen omfatta 67 institutioner med cirka 1 800 vårdplatser och cirka 2 500 anställda. Den centrala myndigheten bedömdes behöva ungefär 40 anställda.

³⁷ Prop. 1992/93:61, om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård s. 19.

³⁸ Prop. 1992/93:61, om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård, s. 19 f.

mansatt problembild. Gemensamt är dock att de inte kunnat eller inte bedömts kunna tillgodogöra sig vård i öppnare former. Mot denna bakgrund ansågs det i förarbetena vara väsentligt att vården utformas på ett sådant sätt att klienternas skiftande förutsättningar kan beaktas. Detta, anfördes det, kunde åstadkommas främst genom en differentiering av behandlingsresurserna samt genom en i övrigt individualiserad vård.³⁹

En utförlig beskrivning av hur SiS verksamhet ser ut i dag ges i avsnitt 4.3 och 4.4.

³⁹ Prop. 1991/93:61, om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård s. 22. Tidigare differentieringsmodeller hade i regel utgått från klienternas yttre symtom och problem i syfte att framför allt underlätta tillsynen av klienterna. Där-igenom hade olika klienter med likartade symtom men ändå helt olika behandlingsbehov kommit att tillhöra samma institution eller behandlingsenhet. Ett nytt system för differentiering måste utgå från andra kriterier som har mera direkt anknytning till behovet av behandlingsinsatser.

4 Tvångsvård enligt LVM och LPT

I det här kapitlet redovisas vissa övergripande uppgifter om tvångsvård enligt LVM och LPT. Vi beskriver kortfattat vad forskningen säger om effekten av tvångsvård, hur LVM och LPT tillämpas i dag, samt redovisar data om klienter och patienter. Avslutningsvis finns en redogörelse för hur tvångsvården bedrivs för barn och unga. Faktauppgifter om dessa områden återfinns också i kapitlen 5–9 i vilka vi redovisar våra bedömningar och förslag.

4.1 Effekt av tvångsvård

En systematisk översikt från 2021¹ som inkluderade 49 tidigare studier visade att om lagstadgad tvångsvård ska vara framgångsrik, ska den utgå från en individuell utredning av klientens problembild som sedan matchas med ett evidensbaserat strukturerat vårdinnehåll. Utifrån översikten kunde man också dra slutsatsen att det inte verkar som att vårdtiden är avgörande för utfallet utan att det snarare handlar om vårdens innehåll.² Vården bör vidare ges, eller i alla fall inledas, vid sjukvårdsinrättning eller annan institution. En viss tids institutionsvård, tycks enligt översikten, öka möjligheten för att stabilisera personer med svåra beroendeproblem. Finns samsjuklighet hos de vårdade, vilket ofta är fallet, bör vårdtiden vara längre än för personer som enbart har ett skadligt bruk eller beroende. För att viljan till livsförändring efter institutionsvård ska bibehållas är planerad och strukturerad eftervård ett viktigt inslag. De tvångsvårdades problembild kräver också att samhället inte bara agerar livräddande utan också

¹ Israelsson, 2021, Utfall av lagstadgad tvångsvård för personer med missbruks- och beroendevård – en systematisk översikt.

² Israelsson, 2021, Utfall av lagstadgad tvångsvård för personer med missbruks- och beroendevård – en systematisk översikt.

följer upp tvångsvården med eftervårdsinsatser i till exempel öppen-vård när tvångsvården avslutas³.

Det skulle kunna uttryckas som att det som är framgångsrikt för behandling generellt är framgångsrikt även för behandling inom tvångsvård, och att tvånget i sig kan ha en underordnad betydelse i förhållande till respekt, bemötande, behandlingsinnehåll, autonomi, koordination, stöd till anhöriga och andra för alla människor av-görande faktorer i mötet med vård, behandling och socialt stöd.⁴

Det är dock svårt att dra vetenskapliga slutsatser om effekten av tvångsvård exempelvis genom systematiska översikter, bland annat för att den ser olika ut i olika länder och att respektive lagstiftning bygger på delvis olika principer.

4.2 Socialtjänstens tillämpning av LVM

Enligt lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska social-nämnden inleda utredning, när den genom anmälan enligt 6 § eller på något annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård. Om utredningen visar att det finns skäl att bereda tvångsvård ska socialnämnden ansöka om tvångsvård hos förvaltningsrätten som fattar beslut. Tvångsvård kan också, under vissa omständigheter, komma till stånd som ett omedelbart omhändertagande efter ett beslut av socialnämnden. Socialnämnden ska då underställa förvaltningsrätten beslutet som fastställer eller avslår nämndens beslut. I nästa steg ska socialnämnden ansöka om tvångsvård av klienten. Det går att läsa mer om gällande rätt i avsnitt 5.4.1 i delbetänkandet ”Från delar till helhet” (SOU 2021:93).

Socialnämnden har det övergripande vårdansvaret för den enskilde i tvångsvård inklusive vården inom ramen för § 27 LVM, medan den SiS-institution där klienten placerats har det direkta behandlingsansvaret. I socialnämndens övergripande vårdansvar ingår bland annat att se till att beslut om tvångsvård verkställs samt att planera och följa vården. Det är en central uppgift för socialtjänsten att hålla kontakt

³ Israelsson, 2021, Utfall av lagstadgad tvångsvård för personer med missbruks- och beroendevård – en systematisk översikt.

⁴ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08 och Alborn, Sven-Eric; Berglund, Kristina; Boson, Karin; Gerdner, Arne (2023). Välja väg – Utredning, stöd och behandling vid alkohol- och narkotikaproblem.

med och stödja den enskilde under både utredningstiden och tiden i och efter tvångsvård⁵.

Vid våra samtal med medarbetare i socialtjänsten beskrivs att LVM-utredningar kan pågå under flera månader och att det under den här tiden ges en mängd olika insatser i form av samtal, stöd vid kontakt med andra myndigheter med mera. Många utredningar kan således resultera i enbart frivilliga insatser och där risken att bli föremål för tvångsvård bidrar till att en klient är mer benägen till att ta emot frivilliga insatser. I de kontakter utredningen haft med socialtjänsten beskrivs detta som en styrka med den nuvarande lagstiftningen. Företrädare för socialtjänsten har även framfört att ett LVM som medför höga kostnader gör politiker och chefer mer benägna att avsätta resurser till frivilliga insatser i ett tidigt skede. Vi utvecklar vår syn i dessa frågor i avsnitt 10.2.

I en studie av handläggningen av LVM-anmälningar kunde det konstateras att ungefär 30 procent av öppnade LVM-utredningar leder till ansökan om LVM, resterande leder i stället till insatser på frivillig väg⁶. Det stämmer överens med den bild vi fått genom dialog med medarbetare i socialtjänsten.

2021 ansökte socialnämnderna till förvaltningsrätten om beredande av vård enligt LVM vid 818 tillfällen och 94 procent av dessa ansökningar fick bifall av förvaltningsrätten.⁷ I ytterligare 232 ärenden beslutade socialnämnden om ett omedelbart omhändertagande och gav besked om att nämnden avsåg att ansöka om en prövning av LVM i förvaltningsrätten. Socialnämnden gick dock aldrig vidare med en ansökan till förvaltningsrätten för dessa 232 personer. Det kan bero på att klienten tog emot frivilliga insatser i stället. För 528 personer följdes ett omedelbart omhändertagande av vård enligt LVM. Av 1 032⁸ personer inleddes alltså vården med ett omedelbart omhändertagande för 760 personer. Det innebär i praktiken att en majoritet av personer som bereds vård enligt LVM har ett allvarligt försämrat hälsotillstånd.⁹

⁵ Socialstyrelsen, 2021, LVM – Handbok för socialtjänsten.

⁶ Ekendahl 2004, Omöjlighetens praktik: en studie av socialtjänstens LVM-handläggning.

⁷ Socialstyrelsen 2022, Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2021.

⁸ Den här siffran avser innan beslut fastställts av förvaltningsrätten.

⁹ Socialstyrelsen 2022, Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2021.

4.2.1 Skillnader i tillämpning av LVM i kommunerna

Det finns stora skillnader i kommunernas användning av LVM. Antalet utskrivna personer per 100 000 invånare var som flest i Gävleborgs län där 35 personer per 100 000 invånare skrevs ut från tvångsvård 2017. Detta kan jämföras med Stockholms län där det var åtta utskrivna personer per 100 000 invånare under samma år. Det innebär att det är mer än fyra gånger så vanligt att vårda personer inom tvångsvården i Gävleborg jämfört med i Stockholms län¹⁰.

De regionala skillnaderna vad gäller antalet personer per 100 000 invånare som vårdas med stöd av LVM har inte några enkla förklaringar. År 2019 genomförde Socialstyrelsen en förstudie om LVM och de regionala skillnaderna. Förstudien pekar på möjliga förklaringar som var för sig, eller i samverkan, medverkar till skillnader över landet. En möjlig förklaring finns i lokala variationer i behov i befolkningen som i sin tur kan påverkas av hur väl vård- och omsorgskedjorna möter individens behov. Hur kommunen tolkar och tillämpar lagstiftningen kan även påverkas av synen på tvångsvård och synen på hur ändamålsenlig vården som erbjuds är. Även organisatoriska och ekonomiska förutsättningar verkar påverka tillämpningen av lagstiftningen. Skillnader över landet kan, enligt Socialstyrelsen, kritiseras såväl ur ett jämlikhets- som rättssäkerhetsperspektiv.¹¹

4.3 Statens institutionsstyrelse (SiS)

SiS driver elva LVM-hem med 359 platser för omvårdnad, motivationsarbete eller utslussning. Det finns fyra institutioner som tar emot kvinnor och resterande sju tar emot män. På SiS webbplats anges att syftet med LVM-vården är att avbryta ett livshotande missbruk och motivera till frivillig behandling.

Efterfrågan på LVM-platser har stadigt minskat sedan 2018¹². Av de 359 platserna är 65 procent låsbara och 35 procent öppna¹³. Av SiS

¹⁰ Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar – Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.

¹¹ Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar – Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.

¹² SiS, 2022, Årsredovisning 2021.

¹³ SiS, 2022, SiS i korthet 2021.

fastställda platser för LVM är 38 procent avsatta för kvinnor och 62 procent avsatta för män¹⁴.

SiS anger att grunden för vården är att skapa stabilitet, rutiner och en fungerande vardag för klienten och den ska bygga på kunskapsbaserade metoder. Alla klienter ska ha en individuellt anpassad behandlingsplan upprättad inom tio dagar. Planen beskriver den vård och behandling samt den hälso- och sjukvård som klienten erbjuds¹⁵. Vården varar tills syftet med vården har uppnåtts och som längst sex månader och ska så snart som möjligt övergå till vård i öppnare former. Vården ska inledas på sjukhus, om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt.

SiS ansvarar för planering, ledning och drift av LVM-hemmen, anvisning av platser till hemmen, ekonomisk styrning, resultatuppföljning och kontroll samt för metodutveckling, forskning, uppföljning av vårdresultat och utvecklingsarbete. Institutionerna har till viss del olika målgrupp gällande kön, ålder, substans, annan problematik och utagerande beteende.

Utgångspunkten för kostnadsfördelningen för vården enligt LVM är att staten står för 1/3 av kostnaderna och kommuner för 2/3 av kostnaderna. Kommuner betalar för placerade klienter i form av vårdavgift per dygn som klienten vårdas på institutionen¹⁶. Under 2021 fakturerade SiS kommunerna för nästan 141 000 vårddygn. Av dessa vårddygn bestod cirka 39 000 av vård enligt 27 § LVM. För vård dygnen där klienten är placerad enligt § 27 betalar kommunen, utöver kostnaden för själva placeringen som betalas direkt till exempelvis det HVB där placeringen sker, en mindre vårdavgift till SiS för att klienten ska vara garanterad en plats på SiS om placeringen enligt § 27 avbryts¹⁷.

¹⁴ SiS, 2022, SiS årsredovisning 2021.

¹⁵ SiS, 2022, SiS årsredovisning 2021.

¹⁶ SiS Författningssamling 2022, Statens institutionsstyrelses föreskrifter om vårdavgift för personer med missbruk som vårdas vid LVM-hem med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) SiSFS 2002:2.

¹⁷ SiS, 2022, SiS årsredovisning 2021.

4.3.1 Insatser som ges på SiS

Fokus i SiS verksamhet är i hög grad att klienten under vistelsen på LVM-hemmet får omvårdnad och viss sjukvård. Fokus är i hög grad motivationsarbetet som syftar till att den enskilde själv ska vilja ta emot fortsatt behandling. Vissa av metoderna som används på LVM-hemmen har stöd i Socialstyrelsens riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Återfallsprevention (ÅP) och Acceptance Commitment Therapy (ACT) är några av dem¹⁸. På webbplatsen anges också att personligt stöd, samtal i grupp och motiverande samtal är andra inslag liksom att klienten deltar i institutionens dagliga aktiviteter¹⁹.

Vi har tagit del av vilka aktiviteter som registrerats i SiS dokumentationssystem KAJ under perioden 1 januari till 30 april 2022. De registrerade aktiviteterna finns under rubrikerna behandlingsaktiviteter och kartläggande och utredande aktiviteter²⁰. Totalt fanns cirka 33 000 aktiviteter registrerade i det underlag som vi tagit del av. Ungefär två tredjedelar handlade om sociala aktiviteter, hälsofrämjande aktiviteter och färdighetsträning, och aktiviteter som kan sägas syfta till att stärka förmågan till allmän daglig livsföring (ADL). Det har registrerats att klienten har duschat, bakat, tittat på film, spelat bingo, bäddat sängen, rest med kontaktperson, tagit ut pengar, kontaktat handläggare i kommunen, eller deltagit i olika samlingar såsom morgonsamling på avdelningen. Väldigt få aktiviteter sker utanför institutionen och även när en klient nekat att delta i en aktivitet eller ta emot en insats så registreras det.

6 500 registrerade insatser är stödsamtal av olika slag. Det kan innebära ett samtal mellan kontaktperson och klient eller ett samtal i grupp med olika teman. Eftersom det inte anges med vilken metod, eller på vilket sätt eller i vilket syfte, dessa samtal genomförs drar vi slutsatsen att de är mer av social stödkaraktär än strukturerad vård och behandling.

Av de registrerade insatserna är 3 000 strukturerade behandlingsinsatser enligt vedertagna metoder som KBT, ÅP, ACT och tolvsteg.

Statskontoret granskade i sin myndighetsanalys av SiS vilka kunskapsbaserade metoder som planerades att användas på de olika LVM-institutionerna. Vid tidpunkten för Statskontorets myndig-

¹⁸ Socialstyrelsen, 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

¹⁹ SiS hemsida 2022-11-01.

²⁰ SiS, 2021, Lathund journalföring – KAJ Klientadministrativt journalsystem.

hetsanalys kunde SiS inte redogöra för vilka aktiviteter som genomförts utan bara vilka som planerats. Det var stor skillnad mellan de olika institutionerna och under 2019 varierade antalet planerade aktiviteter enligt kunskapsbaserade metoder mellan 2,2 och 20,2 per klient och år.²¹ Sedan dess har SiS infört ett nytt klientadministrativt journalsystem börjat med dokumentationssystemet (KAJ) där det även går att följa vilka aktiviteter som sedan genomförts vilket vi använt oss av ovan.

Utredning av behov

När en klient kommer till institutionen inleds en kartläggning med en DOK-inskrivningsintervju och ett inskrivningssamtal med psykolog och sjuksköterska. Inom tio dagar från det att klienten kommer till institutionen ska en behandlingsplan upprättas, vilket uppnås för samtliga klienter.²²

Ett sätt att ytterligare individanpassa insatser kan vara att under placeringstiden genomföra det som kallas ”SiS utredning LVM”.²³ Den utredningen kan ligga till grund för planeringen av den fortsatta vården efter institutionsplaceringen. Utredningen kan innehålla en kartläggning av såväl missbruk och kriminalitet som psykiska, medicinska och sociala förhållanden och syftar till att öka möjligheten att hitta rätt insatser för varje enskild klient.

Enligt vår granskning av utskrivningssamtalen så har dock en sådan utredning bara genomförts för 11 procent av klienterna och i princip ingen över 45 år har genomgått en utredning under vårdtiden²⁴. Statskontorets myndighetsanalys av SiS från 2020 visade att allt färre klienter erbjöds en utredning vid ankomsten. Mellan 2015 och 2019 nästan halverades antalet klienter som fått utredning från 18 till 10 procent. SiS anger att det beror på att klienter inte velat medverka eller har blivit utredda tidigare²⁵.

²¹ Statskontoret, 2020, Myndighetsanalys av statens institutionsstyrelse.

²² Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

²³ <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/missbruksvard/2022-12-10>.

²⁴ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

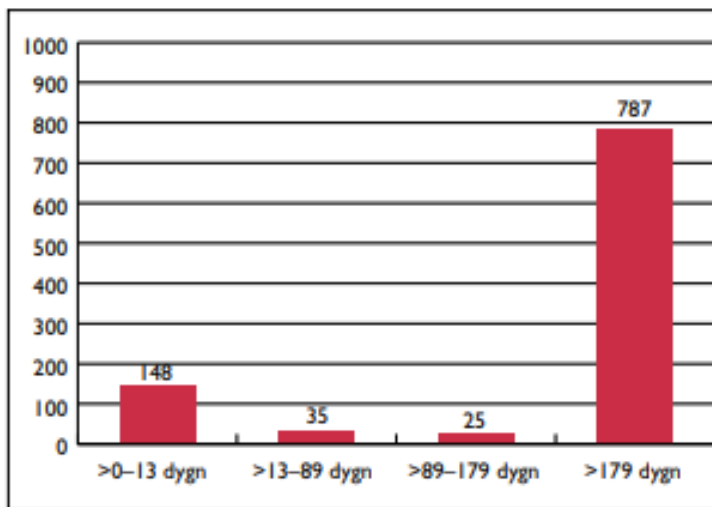
²⁵ Statskontoret, 2020, Myndighetsanalys av statens institutionsstyrelse.

4.3.2 Intagningar och utskrivningar

Enligt 24 § LVM ska vården inledas på sjukhus, om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till planerade vården i övrigt. Enligt uppgifter från SiS så har en övervägande majoritet av klienterna fått en bedömning eller vårdats inom sjukvården innan inskrivning på en institution.

2021 skrevs 836 unika individer in vid LVM-institutionerna och antalet intagningar totalt var 865. Detta beror på att samma individ kan tas in vid flera tillfällen samma år. Medelålder för de som vårdades på SiS institutioner var 37,5 år 2021 och den äldsta personen var 82 år gammal²⁶.

Figur 4.1 Vårdtider för utskrivningar efter vård enligt LVM



Källa: Bild från SiS i korthet 2020.

Antal utskrivningar från LVM 2021 var 898 enligt Socialstyrelsen och 919 enligt SiS och det genomsnittliga antalet vård dygn var 163 vid utskrivning enligt Socialstyrelsen och 152 enligt SiS. Vad den här skillnaden beror på har vi inte kunnat hitta någon förklaring till. En majoritet vårdades nära den maximala vårdtiden på 180 dagar²⁷.

²⁶ SiS, 2022, SiS i korthet 2021

²⁷ Socialstyrelsen 2022, Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2021 och SiS ,2022, SiS i korthet 2021.

En relativt stor andel av klienterna skrivs dock ut inom 14 dygn²⁸ vilket förkortar den totala genomsnitttiden i vårddygn. Att tvångsvården upphör efter så kort tid beror ofta på att klienten aldrig kom till SiS-institutionen utan bara genomgick en avgiftning på sjukhus med stöd av ett omedelbart omhändertagande och att Socialnämnden efter det inte fullföljde sin ansökan till förvaltningsrätten om LVM.

4.3.3 Planering efter vårdtiden och uppföljning

I intervjuer inför utskrivning svarade 60 procent av klienterna att det inte finns en dokumenterad överenskommelse mellan klient och socialtjänst för tiden efter det att LVM upphör²⁹. Hälften av klienterna i åldersgrupper under 24 år och över 45 år svarade nej på frågan om det fanns planerade insatser för det skadliga bruket och beroendet efter vårdtidens avslutning. Situationen var något bättre för åldersgruppen däremellan, men även här uppfattade var tredje klient att det saknades planering för fortsatta frivilliga insatser för henners skadliga bruk eller beroende.

I Statskontorets myndighetsanalys av SiS påpekas bland annat att de inte följer upp verksamheten vid institutionerna efter avslutad vård trots att det finns lagkrav på det³⁰. Enligt 30 § LVM ska SiS följa upp vården även efter en avslutad placering och socialnämnden ska lämna de uppgifter SiS behöver för att fullgöra detta. Någon sådan systematisk uppföljning verkar dock inte ske. Statskontoret menar att SiS enkät till socialtjänsten efter att klienten skrivits ut från institutionen inte fyller den funktion som avses i lagstiftningen.

4.3.4 Särskilda befogenheter

I enlighet med bestämmelserna i 31–36 b §§ LVM om särskilda befogenheter vid LVM-hem har SiS möjlighet att i vissa specifika situationer, använda särskilda befogenheter, det vill säga tvångsåtgärder. Det innefattar bland annat vård i enskildhet, avskiljning, kroppsvisitation och omhändertagande av egendom. De särskilda

²⁸ Socialstyrelsen 2022, Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2021.

²⁹ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm2020/00612/S 2020:08.

³⁰ Statskontoret, 2020, Myndighetsanalys av statens institutionsstyrelse.

befogenheterna får endast användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga så ska de användas. Denna proportionalitetsprincip innebär att en tvångsåtgärd i fråga om art, styrka, räckvidd och varaktighet ska stå i rimlig proportion till vad som står att vinna med åtgärden. Proportionalitetsregeln ger uttryck för att minsta möjliga tvång ska användas för att nå det avsedda syftet³¹.

Beslut om att använda särskilda befogenheter fattas av SiS. Besluten gäller omedelbart om inte något annat förordnas. Beslut om användning av särskilda befogenheter (förutom rumsvisitation och säkerhetskontroll) ska antecknas i journalen hos SiS.

Avskiljning är den mest ingripande åtgärden inom SiS. Den som vårdas med stöd av LVM får hållas i avskildhet, om det är särskilt påkallat på grund av att den enskilde uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen. Den enskilde ska stå under fortlöpande uppsikt av personalen och ha möjlighet att tillkalla personal och får inte hållas i sådan avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt, och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd (34 b § LVM).

Under 2021 avskildes 73 personer vid 282 olika tillfällen. Det är fler kvinnor än män som avskilts. Kvinnor som avskilts har blivit föremål för åtgärden vid betydligt fler tillfällen men under kortare tid (30 kvinnor vid 216 tillfällen respektive 43 män vid 66 tillfällen)³².

Vård i enskildhet enligt 34 a § LVM innebär att en klient får hindras att träffa andra klienter om det krävs med hänsyn till hans speciella behov av vård, hans säkerhet eller övriga klienters säkerhet. Klienten ska ha ständig tillgång till personal när vården sker i enskildhet. SiS har beslutat om vård i enskildhet vid 757 tillfällen under 2021. Vård i enskildhet ska vara anpassad efter den enskildes individuella vårdbehov. Med detta avses att det hos den enskilde föreligger ett vårdbehov som tydligt kan definieras och motivera vård i enskildhet. Normalt sett bör detta behov finnas tydligt beskrivet i den individuella behandlingsplan som upprättats vid SiS-institutionen. Exempel på när vård i enskildhet kan behövas är för narkotikapåverkade klienter som under ett inledningsskede – ofta i samband med avgiftning men även i andra fall – inte bör vistas tillsammans med andra klienter men där förutsättningar för en avskiljning inte föreligger.

³¹ Socialstyrelsen, 2021, LVM – Handbok för socialtjänsten.

³² SiS, 2022, SiS i korthet 2021.

Vi har vid våra besök sett att vård i enskildhet används systematiskt under längre perioder. Exempelvis på LVM-hemmet Lunden där konceptet om särskild förstärkt avdelning, SFA, innebär att klienter vårdas i enskildhet i princip under hela sin vistelse³³.

4.3.5 § 27 LVM

Vårdtiden i LVM om maximalt sex månader är satt utifrån förutsättningen att den enskilde ska kunna slussas ut i öppnare vårdformer under vårdtiden. SiS ska, enligt 27 § LVM, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne ska beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. LVM-hemmen har det formella ansvaret även när en person vårdas enligt 27 § LVM. Det innebär bland annat att det är institutionschefen som avgör om vården enligt § 27 LVM ska upphöra och att den enskilde åter ska få vård på institutionen. Vården enligt § 27 LVM kan ske antingen i institutionsvård eller öppen vård. Enligt § 28 LVM ska en plan för denna vård upprättas tillsammans med klienten, socialnämnden och LVM-institutionen. En § 27-placering kan innebära vård exempelvis på ett HVB, i ett familjehem eller boende i det egna hemmet med öppenvårdsinsatser. För att en klient ska kunna bli § 27-placerad måste klienten medverka i ett strukturerat vårdprogram under sin placering. Majoriteten av personer som bereddes vård enligt 4 § LVM, avslutade sin vård i mer öppna former enligt § 27 LVM (80 procent 2021)³⁴. Ungefär 39 000 av totalt 140 000 fakturerade vårddygn skedde inom ramen för en § 27 placering.

I SiS arbets- och delegationsordning regleras att LVM-institutionerna ska dokumentera om en intagen klient vistats på institutionen i tre månader utan att vård i annan form enligt 27 § beslutats och orsakerna till detta. Vården enligt § 27 ska vara fristående från den inledande tvångsvården, och vården ska ske utanför institutionerna. Detta hindrar inte att SiS kan vara huvudman för verksamheten, vilket har skett under vissa perioder.³⁵

³³ En utvärdering av SFA-vården visar att antalet avskiljningar i gruppen minskat kraftigt och att de vårdade kvinnorna anger i DOK utskrivningsintervju att de i stort är nöjda med vårdens innehåll.

³⁴ SiS, 2022, SiS i korthet 2021.

³⁵ Weddig Runquist 2012, Legitimering av tvångsvården.

4.3.6 Hälso- och sjukvård vid institutionerna

SiS har inget lagstadgat hälso- och sjukvårdsansvar men har valt att ändå vara vårdgivare och bygga upp en hälso- och sjukvårdsorganisation eftersom myndigheten bedömer att det finns ett behov av en sådan i verksamheten. På SiS är institutionschefen verksamhetschef och ansvarig för alla hälso- och sjukvårdsinsatser på LVM-hemmen. Myndigheten har anställda sjuksköterskor och tillgång till psykologer och läkare i varierande omfattning. En institutionsansvarig sjuksköterska finns utsedd på varje institution. SiS beskriver själva att de bedriver primärvård upp till och med sjuksköterskenivå.

4.4 Vem vårdas enligt LVM

I delbetänkandet beräknas att ungefär 500 000 personer i Sverige har ett skadligt bruk eller beroende varav ungefär hälften har en samsjuklighet³⁶. Knappt 900 personer är i dag föremål för ett omhändertagande med stöd av LVM under ett år. Det är alltså en mycket liten del av hela gruppen – personer med skadligt bruk och beroende.

Andelen som bereds vård enligt LVM varierar något över tid och påverkas av en rad omvärldsfaktorer som inte har koppling till omfattningen och graden av det skadliga bruket och beroendet. Det handlar delvis om förändringar i lagstiftningen, men också om politiska strömningar, förändringar i huvudmannaskap, kvalitet och omfattning av frivilliga insatser, samhällsekonomin i stort, statliga satsningar osv. Det skiljer sig också åt mellan kommuner vilket kan bero på politikens viljetryningar, ekonomiska överväganden, praxis och tolkning av lagstiftningen lokalt, beroendevårdens omfattning och kvalitet i regionen. SiS rapporterar en minskad efterfrågan på platser under de senaste åren, exempelvis vårdades 990 personer vid SiS institutioner 2016 medan motsvarande siffra för 2021 var 836³⁷.

Med. Dr Marianne Larsson Lindahl har på utredningens uppdrag sammanställt DOK-intervjuer som genomförts vid in- och utskrivning på en SiS-institution under 2019, resultatet av denna sammanställning presenteras nedan.

³⁶ SOU 2021:93 Från delar till helhet – en reform för samordnade, personcentrerade och behovsanpassade insatser till personer med samsjuklighet.

³⁷ SiS 2017 och 2022, SiS i korthet 2016 och SiS i korthet 2021.

Under 2021 skrevs, som framgår ovan, 836 unika individer vid 865 tillfällen in på en SiS institution med stöd av LVM. Av dessa var 518 män och 318 kvinnor. Av dessa blev 75 procent intagna till följd av ett beslut om omedelbart omhändertagande³⁸. Majoriteten av klienterna som vårdas med stöd av LVM har haft en rad insatser före tvångsvården och kommer att ta emot en rad insatser efter vårdtiden³⁹.

4.4.1 Män och kvinnor i olika åldrar

Medianåldern för personer som vårdas med stöd av LVM har sjunkit från 43 till 35 år under den senaste tioårsperioden. Bland kvinnorna som vårdas med stöd av LVM ökar den yngsta gruppen, det vill säga kvinnor mellan 18 och 24 år⁴⁰. Larssons Lindahls material är indelat i tre åldersgrupper, 18–24 år, 24–45 år och personer över 45 år. När vi nedan använder begreppen äldre och yngre är det dessa åldersgrupper vi avser.

Bland äldre är det vanligast med alkohol som primär drog och bland yngre är det vanligast med narkotika och blandmissbruk⁴¹.

Över hälften av männen och 65 procent av kvinnorna hade enligt en registerstudie av Socialstyrelsen minst en annan psykiatrisk diagnos än skadligt bruk eller beroende⁴². Av de personer som skrevs in på LVM 2019 hade 60 procent vårdats inom psykiatri och 35 procent vårdats med stöd av LPT⁴³. Bland personer över 45 år är det mindre vanligt med dokumenterad psykiatrisk ohälsa jämfört med yngre. Bland de allra yngsta är det vanligt med allvarliga psykiatriska tillstånd som krävt slutenvård och många gånger vård enligt LPT. I den yngsta åldersgruppen är det också vanligt med neuropsykiatriska diagnoser⁴⁴. Ledning och personal på institutionerna har också vid våra besök ut-

³⁸ SiS, 2021, SiS i korthet 2021.

³⁹ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁴⁰ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁴¹ Socialstyrelsen, 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar – Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.

⁴² Socialstyrelsen, 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar.

⁴³ SOU 2021:93 Från delar till helhet – en reform för samordnade, personcentrerade och behovsanpassade insatser till personer med samsjuklighet, avsnitt 4.3.2.

⁴⁴ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

tryckt att de ser att delar av deras nuvarande målgrupp framför allt har psykiatriska vårdbehov och borde få vård inom psykiatri.

I samband med inskrivningsintervjuerna⁴⁵ bedömde hälften av klienterna sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Siffran ökade till 72 procent vid utskrivning. Den yngre gruppen bedömer generellt sin hälsa som bättre än den äldre. De flesta klienter har förutom sitt beroende också haft någon annan form av hälsoproblem såsom sömnstörningar, uppmärksamhetsproblem, värk, smärta och ångest de senaste sex månaderna innan placering. Den positiva skattningen av den egna hälsan kan tyckas anmärkningsvärd då majoriteten på andra frågor i intervjun svarar att de har stora fysiska och psykiska svårigheter.

Majoriteten av de unga klienterna beskriver att de varit våldsamma, skadat sig själva avsiktligt och haft suicidtankar som i nästan hälften av fallen lett till suicidförsök. Avseende självskaдебeteende och självmordstankar/försök så förekom det i högre omfattning i den yngsta gruppen. Många kvinnor har också erfarenhet av våld och sexuella övergrepp⁴⁶.

SiS startade under 2021 en särskilt förstärkt avdelning på LVM-hemmet Lunden för att möta upp det stora vårdbehovet hos de klienter som placeras enligt LVM. På Lunden är målgruppen för dessa avdelningar enligt SiS kvinnor med autismspektrumtillstånd och/eller intellektuell funktionsnedsättning, som ofta är kraftigt utagerande eller skadar sig själva under tiden hos SiS. I gruppen är det även vanligt med annan neuropsykiatrisk problematik, psykiatrisk samsjuklighet och omfattande traumatisering⁴⁷. Det här visar på en målgrupp med mycket stora vårdbehov.

Vid flera institutioner beskrev personalen i samtal med oss att många klienter egentligen är i fortsatt behov av sjukvård när de kommer till institutionerna. Klienter upplevs exempelvis inte vara klara med den avgiftning och abstinensbehandling som bör ske på sjukhus vilket kan leda till att klienten under början av sin vistelse på LVM-hemmet har svåra abstinensbesvär.

Inskrivningsintervjuerna visar också att det finns en stor andel klienter med neuropsykiatriska, och i några fall, intellektuella funk-

⁴⁵ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁴⁶ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁴⁷ SiS webbplats 2022-10-10.

tionsnedsättningar och som har behov av kvalificerad omvårdnad och psykopedagogiskt stöd⁴⁸.

En inte obetydlig andel av klienterna kan också vara i behov av traumabehandling då många uppger att de upplevt till exempel sexuella övergrepp eller våld⁴⁹. Detta gäller särskilt kvinnor. Bland klienterna finns också personer med en kriminell livsstil som leder till att man under perioder är utsatt för hot.

Personal som vi fört samtal med under våra besök beskriver att de upplever att det finns en del klienter som placerats med stöd av LVM, eftersom socialtjänsten provat alla möjliga insatser som inte fungerat, och där klientens behov egentligen handlar om andra saker än just beroendet, till exempel funktionsnedsättning eller självskadebeteende.

Som framgått är behovet av psykiatrisk vård stort hos de intagna på institutionerna. Som framgår i avsnitt 4.3.3 och som utvecklas i kapitel 6 erbjuder SiS endast hälso- och sjukvård i begränsad omfattning. Många LVM-hem kan visserligen genomföra vissa psykiatriska utredningar och institutionerna har tillgång till konsultläkare som är specialister i psykiatri och alla institutioner har också sjuksköterskor anställda. I övrigt är merparten av personalen socialpedagoger eller behandlingsassistenter/behandlingspedagoger och har inte utbildning inom psykiatri eller annan hälso- och sjukvård.

4.4.2 Överdödlighet och somatisk ohälsa

Det finns en stor överdödlighet i den grupp som blir föremål för tvångsvård. Överdödlighet på gruppnivå är högre hos män än hos kvinnor, och den period som är förknippad med den högsta risken att avlida är de första två veckorna efter utskrivning. Denna överriska under första perioden efter utskrivning gäller enbart hos yngre och enbart avseende onaturliga dödsfall, dvs. inte för sjukdomstillstånd⁵⁰.

Generellt är substansberoende förknippat med särskilt hög förekomst av suicid och olycksfall hos yngre personer, medan äldre har en betydligt högre andel dödsfall som beror på somatisk sjukdom,

⁴⁸ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁴⁹ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁵⁰ Håkansson, 2022, Underlag om kliniska indikationer för tvångsvård dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

såsom hjärt-/kärlsjukdom eller cancer⁵¹. I avsnitt 4.3.4 i delbetänkandet har vi närmare beskrivit somatisk ohälsa och överdödlighet bland personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd.

En stor del av klienterna uppger själva att de har somatiska svårigheter och andra hälsoproblem, såsom problem med tänder, som de skulle kunna få stöd för under och efter ett LVM. Hälften av klienterna beskriver att de vill få fortsatt hjälp med sin hälsa efter utskrivning⁵². Som vi konstaterat i avsnitt 4.1.4 överensstämmer dock inte de uppgifterna med klienterna allmänna skattning av sin hälsa som är mera positiv.

4.4.3 Klienternas sociala situation

Familjeförhållanden

Den yngre gruppen har i hög grad varit familjehemsplacerade och erfarit problem i uppväxtmiljön i form av missbruk, psykiska problem och misshandel/våld. Majoriteten av klienterna har egna barn förutom i den allra yngsta gruppen mellan 18–24 år.

Utbildning och arbete

Bland de äldre har hälften utbildning upp till grundskola, färre än var femte har eftergymnasial utbildning.

I den gruppen är det ofta många år sedan de hade ett regelbundet jobb, men endast 2 procent har varit helt utanför den reguljära arbetsmarknaden under hela sin livstid. Försörjningen sker vanligen via pension och ersättning från Försäkringskassan och i lägre omfattning, jämfört med hela gruppen, med stöd av ekonomiskt bistånd. För den yngre gruppen är det vanligaste försörjningssättet ekonomiskt bistånd, därefter ersättning från Försäkringskassan och kriminalitet i ungefär lika utsträckning. Huvudsaklig sysselsättning under de senaste månaderna har varit missbruk och kriminalitet, vilket i DOK-formuläret är en och samma kategori.

⁵¹ Håkansson, 2022, Underlag om kliniska indikationer för tvångsvård dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁵² Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

Cirka hälften av de yngre klienterna har angett ett behov av stöd när det gäller relationer till sina barn och en fjärdedel när det gäller andra relationer, som tex partner eller förälder. Få av de äldre klienterna har angett behov av stöd när det gäller relationer till barn eller andra personer⁵³. Vid våra samtal med klienter på SiS var det vanligt att de uppgav sig ha behov av stöd för att upprätthålla och reparera relationer.

Även om utbildningsnivån är relativt låg är det enligt sammanställningen av DOK-intervjuerna en mindre andel som anger att de vill ha stöd med att komma i gång med utbildning⁵⁴. Vid våra besök vid institutionerna fick vi dock en annan bild och många av klienterna, främst bland de yngre, angav att de ville ha stöd med att kartlägga möjliga utbildningar, läsa körkortsteori osv.

Enligt LVM 30 § ska socialnämnden aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får arbete och utbildning, men en grupp av klienterna är pensionerade och har inte behov av sådana insatser för sin framtida försörjning. Däremot kan den gruppen fortfarande vara i behov av sysselsättning i olika former efter institutionstiden vilket framgår av utskrivningsintervjuerna⁵⁵.

Många av klienterna har skulder som kan bestå av kreditkulder, skadeståndsskulder och i viss utsträckning hyresskulder⁵⁶.

Boende

Ungefär hälften i den äldre gruppen hade ett eget boende vid inskrivningen. Bland den yngre gruppen hade var femte klient eget boende medan nästan var femte var hemlös. Många hade upplevt att bli vräkt från sin bostad. I vissa åldersgrupper hade fler klienter eget boende vid inskrivningen än vid utskrivningen⁵⁷.

Det finns olika uppgifter om klienternas bostadssituation i olika källor. Enligt uppgifter från SiS är det vanligast att klienterna skrivs

⁵³ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁵⁴ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁵⁵ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁵⁶ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁵⁷ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

ut till eget boende eller träningslägenhet, följt av HVB eller familjehem.^{58,59} Enligt en rapport från Socialstyrelsen var det 9,5 procent av klienterna som skrevs ut under 2021 hänvisade till härbärge eller helt bostadslösa⁶⁰. Mycket tyder på att socialtjänsten har svårt att tillgodose de behov av boende som klienterna har. I våra samtal med klienter beskriver flera hur de uppfattar att deras önskemål inte lyssnats på, utan att kommunen har en sak att erbjuda, till exempel låg-tröskelboende, och om det inte passar så finns det inget boende att erbjuda. Av utskrivningsintervjuerna framgår att kommunen oftare erbjuder kortsiktiga lösningar, som boende i anslutning till en frivillig behandling, dock finns inte någon lösning för boende på längre sikt. Klienterna uppfattar ofta inte bostadssituationen som löst vid utskrivningen. Hälften uppger att de har fortsatt behov av stöd för att få en fungerande bostadssituation⁶¹.

Brottslighet och kriminalitet

Ungefär hälften av klienterna har dömts för brott. Det handlar främst om narkotikabrott men även egendomsbrott och våldsbrott inklusive rån.

4.4.4 Klienternas uppfattning om tvångsvården

I Larsson Lindahls sammanställning av det vetenskapliga stödet för tvångsvård lyfts studier där klienter framhåller att tvångsvård är en integritetskränkande insats och att de uppfattar att den ges i avsaknad av tillräckliga frivilliga behandlingsinsatser och sociala stödinsatser och att detta i första hand handlar om otillräckliga resurser inom området⁶².

Weddig Runquist visar i en avhandling från 2012 att klienternas inställning till tvångsomhändertagandet förändras till en mer positiv syn över tid.⁶³ Det finns flera studier, som gjorts på SiS, som lyfter

⁵⁸ SiS, 2022, SiS i korthet 2021.

⁵⁹ SiS, 2022, SiS i korthet 2021.

⁶⁰ Socialstyrelsen 2022, Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2021.

⁶¹ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁶² Larsson Lindahl, 2022, Forskningsöversikt om det vetenskapliga stödet för tvångsvård 2009–2021 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁶³ Wddig Runquist, 2012, Legitimeringen av tvångsvården.

att klienter uppfattar personalen som ett stort stöd och att de har ett förtroende för personalen⁶⁴.

I Larsson Lindahls sammanställning framhålls vidare att det finns forskning som visar att när tvång används för att isolera klienten från samhället och från sitt nätverk så kan klienterna uppleva det som att det motverkar idén om en ansvarstagande människa, någon som arbetar för förändring av sin livssituation inklusive beroendet. De olika kontrollstrategier som finns på institution, exempelvis låsta avdelningar eller begränsad möjlighet till kontakt med anhöriga eller andra närstående, upplevde klienter förpassar dem till en roll som i första hand relateras till att vara missbrukare snarare än att vara en person i ett socialt sammanhang⁶⁵.

Forskning visar också att det är av betydelse att klienten är delaktig i processen, även när det är fråga om tvångsvård. Oklarheter i varför och hur placeringen enligt LVM kom till stånd och traumat i ett omedelbart omhändertagande kan resultera i ett motstånd som verkar hindrande i den framtida kontakten med hälso- och sjukvård och socialtjänst.⁶⁶ Denna negativa syn på såväl omhändertagande som den efterföljande behandlingen kan leda till olika motståndprocesser i förhållande till socialtjänsten och institutionsvården. Klienter gör sig medvetet oanträffbara, rymmer eller helt enkelt ”sitter av tiden”.

Vid våra samtal med klienter lyfter många behovet av sysselsättning, under institutionsvistelsen men också efter utskrivning. De beskriver ofta en påtaglig frustration över att sitta inlåsta utan något att göra förutom att titta på TV. I den sammanställning av genomförda aktiviteter som utredningen tagit del av kan vi se vilka insatser klienterna fick första kvartalet 2022. Den visar att en stor del av tiden på institution spenderas utan att klienterna genomför några aktiviteter.

⁶⁴ Larsson Lindahl, 2022, Forskningsöversikt om det vetenskapliga stödet för tvångsvård 2009–2021 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁶⁵ Larsson Lindahl, 2022, Forskningsöversikt om det vetenskapliga stödet för tvångsvård 2009–2021 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁶⁶ Petersson, Berg och Skärner, 2021. Locked up and locked out: client perspective.

4.5 Psykiatrisk vård

4.5.1 Antal och andel psykiatrisk vård

Med psykiatri avses barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och rättspsykiatri. Psykiatrisk vård kan ges i öppen eller sluten vård samt som frivillig vård eller som tvångsvård enligt LPT. Under flera decennier har det blivit allt vanligare i befolkningen att man har psykiatriska diagnoser och får läkemedelsbehandling med psykofarmaka. Ökningen gäller framför allt barn och unga vuxna. Sedan 2006 har andelen barn och unga som fått diagnosen depression eller ångest-syndrom tredubblats. Mellan 2017 och 2021 ökade antalet aktuella barn och unga inom BUP med 14 procent (+17 700 patienter) och antalet årliga besök ökade med 160 000, eller 16 procent. Under 2021 var drygt 6 procent av alla barn i kontakt med BUP, vilket är en förhållandevis hög siffra internationellt.⁶⁷ Antalet individer som överlämnas till rättspsykiatrisk vård har ökat successivt med 14 procent sedan 2015. Antalet vuxna som var i kontakt med specialisterpsykiatri var 5,3 procent år 2021, vilket är en minskning med 0,3 procent från 2019.

Av antalet individer som vårdades i slutenvård (58 409 personer 2021), bestod 26 procent av patienter som tvångsvårdades. Medelvårdtider för patienter i den psykiatriska slutenvården var cirka nio dagar. Den data som finns om tvångsvård enligt LPT visar att män i genomsnitt hade en vårdtid på 42 dagar och kvinnor en vårdtid på 38 dagar under åren 2015–2019 (Socialstyrelsen 2021). Den statistik som Socialstyrelsen har tagit fram på uppdrag av utredningen visar på en genomsnittlig vårdtid på 26 dagar (under perioden 2015–2021)⁶⁸.

I den psykiatriska öppenvården rörde 13 procent besök för beroenderelaterade diagnoser. Uppgifter från den enkät som genomfördes i samband med delbetänkandet visade att 16 regioner har specialiserad beroendevård för vuxna med uppdrag som omfattar hela regionen, 3 regioner har för delar av regionen och i 2 regioner ingår det att erbjuda beroendevård i allmänpsykiatriens uppdrag.

Antalet vårdplatser inom psykiatri i Sverige var som högst i slutet på 1960-talet, nästan 40 000, och har nu sjunkit till 4 200. Det fanns 32 disponibla vårdplatser per 100 000 invånare år 2021.

En kartläggning som Socialstyrelsen publicerade 2021, och som bygger på uppgifter från patientregistret, visade på antalet patienter

⁶⁷ SKR, 2022, Barn och ungdomspsykiatri i siffror.

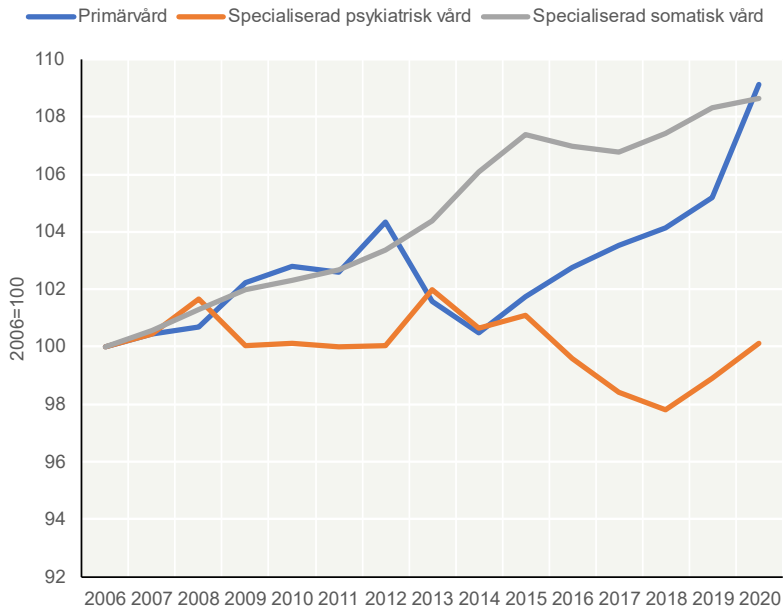
⁶⁸ Socialstyrelsen, 2021, Statistikrapport tvångsvård enligt LPT.

i slutna vård har ökat mellan 2015–2019. Psykossjukdomar var vanligast både bland män och kvinnor och utgjorde ungefär 40 procent av inläggningarna. Näst vanligast bland män var missbruk och beroendeproblematik (36 procent) och bland kvinnor förstämningssyndrom såsom depressiva- eller bipolära tillstånd (35 procent). Samma patient kan ha flera diagnoser. Könsskillnaderna bland personer som vårdas enligt LPT var störst inom området missbruks- och beroendeproblematik där sju av tio är män, och inom området personlighetssyndrom och beteendestörningar där åtta av tio är kvinnor.⁶⁹

4.5.2 Kostnadsutveckling psykiatri

Enligt SCB:s statistik Räkenskapssammandrag för kommuner och regioner var regionernas kostnader för specialiserad psykiatri drygt 26 miljarder kronor år 2021. Det är en ökning på knappt 4 miljarder jämfört med fem år tidigare. Det är cirka 9,6 procent av den totala budgeten för hälso- och sjukvården. Nedan visas en bild av hur kostnadsutvecklingen förhåller sig kostnadsutvecklingen för övrig specialiserad vård och primärvård.

⁶⁹ SKR, 2022, Vuxenpsykiatri i siffror.

Figur 4.2 Kostnadsutveckling psykiatri

Källa: SKR.

4.5.3 Vem vårdas i sluten psykiatrisk tvångsvård

Under tidsperioden år 2015–2019 vårdades drygt 41 300 personer enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Knappt 8 procent av dessa, 3 200 personer, gavs öppen psykiatrisk tvångsvård. Det är en relativt jämn könsfördelning bland dem som tvångsvårdas enligt LPT, både i öppen och i sluten form, något fler män än kvinnor. Under tidsperioden ökade antalet inrapporterade patienter i sluten vård enligt LPT med knappt 9 procent, från ungefär 11 400 personer 2015 till cirka 12 400 personer år 2019⁷⁰. Det är osäkert i vilken grad det är en faktisk ökning och i vilken grad det beror på förbättrad rapportering.

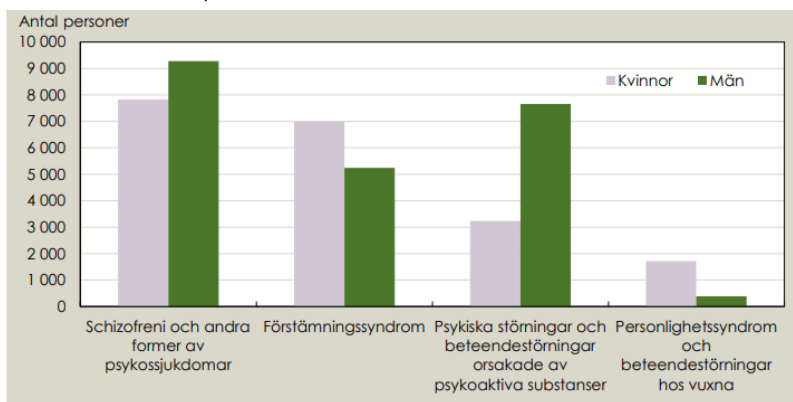
Schizofreni och andra former av psykossjukdomar var det vanligast förekommande diagnosavsnittet bland personer vårdade enligt LPT. Under åren 2015–2019 tvångsvårdades drygt 17 100 personer med schizofreni och andra former av psykossjukdomar vilket mot-

⁷⁰ Socialstyrelsen, 2021, Statistikrapport tvångsvård enligt LPT.

svarar 40 procent av dem som har vårdats enligt LPT. Schizofreni var något vanligare bland män (43 procent) än bland kvinnor (39 procent). Det näst vanligaste diagnosavsnittet bland män (36 procent) var psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser. Bland kvinnor var det i stället förstämningssyndrom som var det näst vanligast förekommande diagnosavsnittet, drygt en tredjedel (35 procent) av det totala antalet vårdade kvinnor hade en huvuddiagnos i det avsnittet⁷¹.

Figur 4.3 Vanligast förekommande diagnosavsnitt enligt ICD10 bland vårdade i slutenvård enligt LPT 2015–2019

Antal personer. Kvinnor och män.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen 2021.

Det var en stor spridning i vårdtid i tvångsvård (vilket inkluderade både sluten och öppen vårdform) under den studerade tidsperioden. Under åren 2015–2019 vårdades män i genomsnitt 42 dagar medan kvinnorna hade en medelvårdtid på 38 dagar. Mer än hälften av alla vårdtillfällen, varav 59 procent avsåg män och 53 procent kvinnor, varade upp till högst 14 dagar⁷².

Det finns en viss samvariation mellan psykiatrisk tvångsvård och tvångsvård av personer med missbruk. Det var drygt 5 000 personer som under tidsperioden gavs tvångsvård enligt LVM. Bland de drygt 41 300 personer som vårdades enligt LPT var det 1 231 personer (3 procent) som både har vårdats enligt LPT och LVM⁷³. Som angetts

⁷¹ Socialstyrelsen, 2021, Statistiskrapport tvångsvård enligt LPT.

⁷² Socialstyrelsen, 2021, Statistiskrapport tvångsvård enligt LPT.

⁷³ Socialstyrelsen, 2021, Statistiskrapport tvångsvård enligt LPT.

ovan är det däremot en tredjedel av dem som vårdas enligt LVM som också fått vård enligt LPT⁷⁴.

4.5.4 Hur upplevs psykiatrisk tvångsvård av patienterna?

I en forskningssammanställning som tagits fram på utredningens uppdrag konstateras att patienter som genomgår psykiatrisk tvångsvård (inklusive för beroende) har delvis ambivalenta upplevelser och att beskrivningar av erfarenheterna är heterogena och påverkas av när i tid patienterna tillfrågas.

I synnerhet retrospektivt uppfattar en del patienter vården som legitim och gynnsam, främst avseende beslutet att läggas in. Dessa positiva uppfattningar samsas dock med kraftigt negativa erfarenheter, som återges hos merparten av patienterna. Patienter beskriver vården bland annat som kränkande och påfrestande, och i synnerhet beskrivs upplevelsen av tvångsåtgärder i starkt negativa ordalag. Patienter berättar att de upplever sig fräntagna sin autonomi, värdighet och självkänsla och att avskiljning, fasthållning och tvångsmedicinering upplevs som övergrepp och som extremt känslomässigt tärande.

Sammanställningen visar också att det som framför allt formar patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård är interaktionen och kommunikation med personal, samt möjligheten att få delta i besluten kring vården. Relationer med personal är avgörande; patienter önskar bli bemötta med vänlighet och förståelse och önskar få information, omsorg och att få sin röst hörd. När patienter får medverka i beslut kring sin behandling, samt känner sig sedda och hörda, minskar känslan av tvång och maktlöshet samt förlusten av autonomi och självkänsla⁷⁵.

Givet dessa fynd är det viktigt att notera att patienter vars symptom bedöms innebära en nedsatt sjukdomsinsikt och låg motivation till vård medför utmaningar vad gäller ansträngningen att öka medbestämmande och vårdbeslut. Det föreligger en diskrepans mellan att tvinga människor till vård och att samtidigt engagera dem i beslutsprocesserna kring sin behandling. Resultaten från denna sammanfattning tyder dock på att även om ofrivillig vård kan vara nöd-

⁷⁴ Socialstyrelsen, 2021, Statistikrapport tvångsvård enligt LPT.

⁷⁵ Wallhed Finn, 2022, Sammanställning av forskning om patienters upplevelse av tvångsvård dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

vändig för att skydda patienter och andra, så är upplevelserna av denna vård bättre för de patienter som uppfattar att deras känslor och röster bli beaktade, när de får möjlighet att delta i beslutsprocesser och när de känner att deras autonomi – åtminstone delvis – blir upprätthållen och deras värdighet respekterad.

4.6 Särskilt om tvångsvården för barn och unga

4.6.1 Socialtjänstens förfarande vid LVU

LVU ska trygga samhällets möjligheter att kunna ge barn och unga den vård och den behandling som de behöver. LVU kompletterar SoL i situationer när frivilliga insatser inte är möjliga. För att LVU ska vara tillämplig måste samtliga tre förutsättningar vara uppfyllda.

- Det ska föreligga ett missförhållande som har anknytning till den unges hemmiljö enligt 2 § LVU (de s.k. miljöfallen) och/eller till den unges eget beteende enligt 3 § LVU (de s.k. beteendefallen).
- Missförhållandet ska medföra att det finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas.
- Behövlig vård kan inte ges på frivillig väg.

LVU ska alltså tillämpas först när det visar sig att det inte går att få samtycke till den vård som är behövlig för den unge. Med behövlig vård avses att hela den planerade vården ska kunna genomföras, både på kort och lång sikt. Socialnämnden har inte bara en befogenhet att ingripa till den unges skydd, utan även ett ansvar då frivilliga åtgärder inte är möjliga. Grundtanken när det gäller LVU-vård är att den inte ska pågå längre än nödvändigt.

Vård i de s.k. miljöfallen kan beslutas för den som är under 18 år. Sådan vård upphör senast då den unge fyller 18 år. Vård i de så kallade beteendefallen (3 § LVU) kan beslutas även för den som fyllt 18 men inte 20 år. Vården ska upphöra senast då den unge fyller 21 år.

Vård enligt LVU är i första hand avsett för barn under 18 år. Många i åldrarna närmast däröver kan enligt förarbetena dock ha ett stort behov av de insatser som socialtjänsten kan ge. I 1 § tredje stycket LVU anges därför att en ung person som har fyllt 18 men inte 20 år får beredas vård med stöd av 3 § LVU. Detta under förut-

sättning att vården med hänsyn till den unges behov och personliga förhållanden i övrigt är lämpligare än någon annan vård, och det kan antas att behövlig vård inte kan ges med den unges samtycke. Med uttrycket ”annan vård” avses vård på institution mot den unges vilja med stöd av LVM, LPT eller LRV. Det finns unga med skadligt bruk eller beroende mellan 18–20 år som omhändertas med stöd av LVM men det vanligaste är att de placeras med stöd av LVU.

I 3 § LVU anges förutsättningarna för att bereda den unge vård på grund av den unges eget beteende, de så kallade beteendefallen. Ett beslut om vård kan beredas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom

- missbruk av beroendeframkallande medel,
- brottslig verksamhet, eller
- något annat socialt nedbrytande beteende.

Det är endast den unges eget vårdbehov som får ligga till grund för ett omhändertagande enligt lagen. Intresset av att till exempel tillgodose samhällsskyddet är i sig inte tillräckliga skäl för vård med stöd av LVU. Möjlighet att bereda den unge vård med stöd av 3 § LVU finns redan innan skador av social eller medicinsk natur har inträtt. Att det finns en allvarlig risk för sådana skador utgör tillräcklig grund för beslut om vård enligt LVU.

Beslut om vård med stöd av LVU fattas av förvaltningsrätten efter ansökan av socialnämnden. Socialnämndens utredning samt den ansökan om LVU-vård som grundas på utredningen, är av grundläggande betydelse för domstolen när det gäller att bedöma om behov av vård föreligger. Det är ett rättssäkerhetskrav att alla fakta redovisas tydligt och att socialnämnden preciserar vilka grunder som finns för vård.

Socialnämnden har ett omfattande ansvar för den placerade unge under hela vårdtiden. Ansvaret innefattar att säkerställa att vården genomförs, att vården är av god kvalitet, att den unges grundläggande rättigheter tillgodoses under vårdtiden, att följa den unges utveckling under placeringen, att ha uppsikt över den unge, samt att vården inte pågår längre än nödvändigt⁷⁶.

Under 2020 gavs 27 300 barn och unga någon form av heldygnsinsats. 33 procent var beslutade med stöd av LVU. Den vanligaste

⁷⁶ Socialstyrelsen, 2020, LVU – Handbok för socialtjänsten.

placeringsformen är familjehem följt av en placering på HVB. Den 1 november 2020 var 1 582 barn och unga placerade med stöd av LVU på eget beteende eller hemmiljö och beteende. Av dessa var 525 unga mellan 18 och 20 år. 887 unga var placerade på särskilt ungdomshem med stöd av § 12⁷⁷.

4.6.2 SiS och LVU

För den som på någon grund som anges i 3 § LVU behöver stå under *särskilt noggrann tillsyn* finns det särskilda ungdomshem. Behovet av sådana hem ska tillgodoseas av staten genom SiS. Men även barn som beretts vård enligt 2 § LVU eller som vårdas enligt SoL kan vara inskrivna där. En del av de särskilda ungdomshemmen tar också emot barn och unga som ska genomgå slutna ungdomsvård. Nämnanden har under tiden den unge vårdas hos SiS fortfarande ansvar för att den unges grundläggande rättigheter.

Under 2019 gjordes 1 303 intagningar av 1 113 personer in på SiS ungdomshem, i princip samtliga med stöd av LVU. Av dessa hade 68 procent någon form av koppling till skadligt bruk och beroende men ofta också andra problem

Kriminalitet ensam eller som en av flera orsaker är placeringsorsak för sex av tio pojkar och för minde än två av tio flickor. Annat socialt nedbrytande beteende är en av placeringsorsakerna för ungefär sju av tio flickor och drygt fyra av tio pojkar⁷⁸. En stor andel av ungdomarna som placeras hos SiS uppger vid inskrivning olika psykiska problem. Genomgående uppger en större andel av flickorna än pojkarna dessa problem. Sex av tio flickor uppger att de någon gång har känt sig deprimerade och ungefär lika många uppger att de avsiktligt har skadat sig. Nästan hälften av flickorna uppger att de någon gång har försökt ta sitt liv. Av pojkarna uppger ungefär tre av tio att de känt sig deprimerade, ungefär två av tio att de avsiktligt har skadat sig och drygt en av tio uppger att de har försökt att ta sitt liv.

⁷⁷ Socialstyrelsen, 2021, Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2020.

⁷⁸ SiS, 2022, SiS i korthet 2021.

4.6.3 BUP

Data från Psykiatrin i siffror visar att såväl antal remisser till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) och antal barn och unga som tas om hand av BUP fortsätter att öka. Mellan åren 2017 och 2021 ökade antalet inskrivna aktuella patienter inom BUP med 13 procent (+17 740 patienter) och antal besök med 14 procent (+161 182 besök). Andelen av befolkningen 0–17 år som varit aktuella inom BUP ökade mellan 2017 och 2020 från 5,7 till 6,2 procent⁷⁹. Under 2021 var 12 procent (605 av 5 069 vårdtillfällen) av alla vårdtillfällen i BUP:s heldygnsvård kopplade till patienter med huvuddiagnos F10-F19 (Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser), vilket är en minskning i andel jämfört med 2017⁸⁰.

Ett flertal drogvaneundersökningar de senaste åren tyder på att alkoholkonsumtionen bland unga i Sverige minskat sedan mitten av 2000-talet. Däremot har användningen av narkotika legat relativt stilla under samma tidsperiod. Användning av cannabis verkar dock ha ökat något.⁸¹ I LPT hade 3 procent (24 av 794 tvångsvårdstillfällen) av alla tvångsvårdstillfällen för personer under 18 år med koppling till huvuddiagnos F10-F19 (Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser). Totalt var ökningen av antalet patienter under 18 år som vårdades med stöd av LPT 46 procent mellan 2017 och 2021. Huvudsakligen består ökningen av flickor som vårdas för ätstörningar.

⁷⁹ SKR, 2022, Barn och ungdomspsykiatrin i siffror.

⁸⁰ Socialstyrelsen, 2021, Statistikrapport tvångsvård enligt LPT.

⁸¹ CAN 2022, CAN Rapport 209 Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak.

5 Inledning till förslag och bedömningar

5.1 Tvångsvården som en del av den reform vi föreslagit i delbetänkandet

Förslagen i det här betänkandet bygger på de förslag vi lämnat i delbetänkandet ”Från delar till helhet – en reform för samordnade, personcentrerade och behovsanpassade insatser till personer med samsjuklighet” (SOU 2021:93)¹. Det betyder att all behandling för skadligt bruk och beroende ska ges av regionernas hälso- och sjukvård. Vi menar att det är en stor fördel att olika behandlingsinsatser, såsom psykologisk, psykosocial och farmakologisk behandling, kan ges av samma huvudman inom ramen för en individuell planering. Det innebär att fler patienter med ett skadligt bruk eller beroende kommer att få ta del av frivilliga insatser av regionernas hälso- och sjukvård än vad som är fallet i dag. I delbetänkandet har vi beräknat vilka resursöverföringar som krävs för den förändringen. Vi har också föreslagit att det ska införas ett lagstadgat krav på att vård för skadligt bruk eller beroende ska ske samordnat med den som ges för andra psykiatriska tillstånd.

När det gäller personer som vårdas utan samtycke ser vi det som särskilt angeläget att säkerställa en samordnad behandling, eftersom det är en utsatt patientgrupp där samsjukligheten är mycket hög. Med hänsyn till det stora ingrepp i den personliga integriteten som tvångsvård utgör måste särskilda krav ställas på att vården håller hög kvalitet och inte fragmentiseras.

Som framgår nedan menar vi att den psykiatriska heldygnsvården ska vara en mindre del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja där även socialtjänstens insatser spelar en avgörande roll.

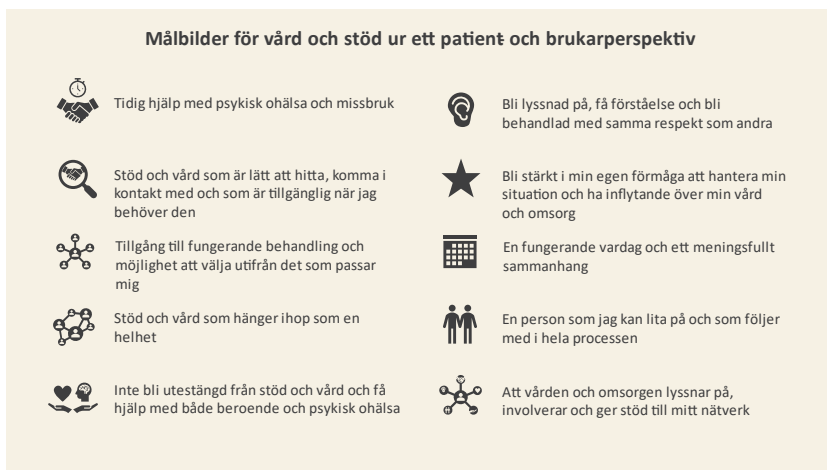
¹ I avsnitt 3.2 i delbetänkandet går det att läsa mer om reformens tio bärande delar.

Fokus i det sociala arbetet ska vara att stärka individens resurser och funktionsförmåga, exempelvis när det gäller boende, sysselsättning och arbete. I delbetänkandet har vi föreslagit att en sådan inriktning för socialtjänstens uppdrag ska framgå av lagstiftningen.

I förslagen om ny reglering av tvångsvård för skadligt bruk och beroende har vi också beaktat målbilderna för samhällets insatser till personer med samsjuklighet som vi inom ramen för delbetänkandet arbetade fram tillsammans med personer med egen erfarenhet och anhöriga².

Målbilder för samhällets insatser till personer med samsjuklighet

Figur 5.1 Målbilder för vård och stöd ur ett patient- och brukarperspektiv



I det här betänkandet, där vi föreslår en ny reglering av tvångsvård för skadligt bruk och beroende, har vi också beaktat målbilderna för samhällets insatser till personer med samsjuklighet som vi inom ramen för delbetänkandet arbetade fram tillsammans med personer med egen erfarenhet och anhöriga. Till exempel har målbilden ”Vård och stöd som hänger ihop som en helhet” varit en utgångspunkt för

² I betänkandet har vi valt att använda båda begreppen anhörig respektive närstående. Eftersom begreppen används på olika sätt inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har det inte varit möjligt att använda begreppen på ett konsekvent sätt. Både när vi skriver anhörig och närstående avser vi familj, släkt, vänner och andra som den enskilde betraktar sig stå nära.

förslagen i detta betänkande som syftar till att skapa en mer sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.

Vi menar att våra förslag i det här betänkandet och vissa av våra förslag i delbetänkandet är beroende av varandra. Det gäller tydliggörandet av hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens ansvar, kravet på att behandling av skadligt bruk och beroende ska ske samordnat med andra psykiatriska tillstånd och förslaget att regioner och kommuner ska vara skyldiga att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet, samt de förslag om tvångsvård som vi lämnar i det här betänkandet. Som framgår av kapitel 10 och 11 i det här betänkandet anser vi att den samordnade vård- och stödverksamheten är en väsentlig del av den reform vi har föreslagit och konstaterar därför att konsekvensbeskrivningarna av våra förslag, exempelvis när det gäller huvudmannaskapsförändringen, utgår ifrån att det också finns en skyldighet för regioner och kommuner att bedriva en gemensam vård- och stödverksamhet. I det här betänkandet föreslår vi också att det alltid ska övervägas om en person som tvångsvårdas tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Det är dock alltid frivilligt för den enskilde att delta i en sådan verksamhet. Vård- och stödverksamheten ska bidra till en sådan stark samordning av insatserna så att tvångsvård kan undvikas, eller bli en mindre del av en sammanhållen och individuellt anpassad vårdkedja.

5.2 Tre principer

Vi har formulerat tre principer som uttrycker inriktningen på de förslag om tvångsvård för skadligt bruk eller beroende som vi lämnar i det här betänkandet.

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

Skadligt bruk eller beroende är ett psykiatriskt tillstånd som kan behandlas med psykologisk, psykosocial och farmakologisk behandling. Cirka 60 procent av dem som vårdas enligt LVM har någon gång vårdats i psykiatri och cirka 35 procent har någon gång vårdats

enligt LPT. I dag ges ändå, i de flesta fall, ingen psykiatrisk specialistvård inom ramen för tvångsvårdstillfället.

Vi anser det angeläget att detta förhållande förändras så att det skadliga bruket och beroendet kan behandlas med alla tillgängliga metoder och att behandlingen samordnas med den som ges för andra psykiatriska tillstånd. Därför bör vård och behandling för skadligt bruk eller beroende ges inom ramen för den psykiatriska heldygnsvården. Vi betraktar tvångsvården som en mindre del av en samordnad och personcentrerad vårdkedja där insatser som ges före, under och efter tvångsvården hänger samman.

Inledningsvis under slutenvårdstillfället ska de utrednings- och behandlingsåtgärder som behövs vidtas. För många personer är det nödvändigt att så tidigt som möjligt under vårdtiden inleda en samordnad planering, i vilken förutom individen själv bland annat hälso- och sjukvård och socialtjänst deltar. Planeringen kan till exempel innehålla olika boendelösningar kombinerat med sociala stödinsatser och öppenvårdsbehandling. Den samordnade vård- och stödverksamheten ska planera och genomföra alla insatser integrerat utifrån behov, resurser, sammanhang och livssituation hos personer som är deltagare i verksamheten.

I vissa situationer kommer det inte vara möjligt att bedriva den öppna vården frivilligt. För att underlätta utslussningen från slutenvård kan det vara nödvändigt att patienten iakttar vissa villkor. Därför föreslår vi i avsnitt 7.3 förändringar som syftar till att förenkla tillämpningen av vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård.

I dag är det ofta en utmaning att få till en samordnad planering både vid utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård och vid utskrivning från LVM. Vi föreslår därför i kapitel 8 bestämmelser som ska bidra till att både hälso- och sjukvård och socialtjänst har incitament att delta i en samordnad planering som påbörjas tidigt under slutenvårdstillfället.

Sammantaget syftar förslagen till att ersätta vård enligt LVM på statliga institutioner med psykiatrisk vård och sociala stödinsatser i en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.

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

Vi menar att tvångsvård är legitimt för att rädda liv eller förhindra allvarlig fysik eller psykisk skada. Tvångsvård ska därför inte pågå längre än vad som krävs för att det målet ska uppnås. Vår syn på tvångsvård motiveras på flera sätt. Ett argument är att forskning visar att längre institutionsvistelse inte har bättre resultat när det gäller hälsa och livssituation än kortare ingripanden som övergår i frivilliga och individanpassade insatser. En annan grund för vår ståndpunkt är att personer som är beslutskapabla måste ha rätt att själva bestämma om sina personliga angelägenheter, även när beslutet innebär hälsorisker för honom eller henne. Vi konstaterar i kapitel 7 att de förutsättningar för tvångsvård som gäller enligt LPT, och de kompletteringar av dessa som vi föreslår, kommer att förkorta vårdtiderna utan samtycke i jämförelse med vad som oftast är fallet i dagens LVM. Vårt ställningstagande motsäger inte att det finns ett visst utrymme att ge vård utan samtycke även i situationer som inte är akuta och att vården kan pågå en tid för att patientens tillstånd ska stabiliseras och adekvat behandling sättas in. Det ska också vara möjligt att inom ramen för en sammanvägd bedömning beakta att patienten kan komma att skada andra.

Att det är legitimt att använda tvång för att förhindra död eller allvarlig skada innebär också att lagstiftningen ska utformas så att det är möjligt. Som vi visat i avsnitt 4.3.5 i delbetänkandet är överdödligheten hos personer med skadligt bruk eller beroende hög. Särskilt den narkotikarelaterade dödligheten är hög i Sverige även om det är svårt att jämföra statistik mellan länder³. Därför anser vi att det finns situationer där samhället ska ha möjlighet att ingripa för att rädda liv. Det handlar till exempel om personer som i samband med en överdos bedöms ha ett allvarligt skadligt bruk eller beroende som medför ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård på sjukhus. I nuvarande system behöver dessa skrivas ut relativt omgående därför att de inte bedöms ha en allvarlig psykisk störning. Våra förslag i avsnitt 9.2 i delbetänkandet innebär också att personer i sådana situationer i högre grad kommer att erbjudas frivilliga insatser från hälso- och sjukvården.

³ SOU 2021:93 s 93 ff.

En annan situation kan avse en person som vårdas enligt LPT på grund av en allvarlig psykisk störning i form av en drogutlöst psykos. Vi anser att den personen ska kunna vårdas ytterligare några dagar efter att psykossymtomen klingat av. Syftet med sådan vård är att erbjuda, planera och inleda samordnad behandling av det skadliga bruket eller beroendet och övriga psykiatriska tillstånd. Genom de förändringar vi i avsnitt 7.2 föreslår i förutsättningarna för tvångsvård ges utrymme att förlänga vårdtiderna några dagar i sådana situationer. Även i en sådan situation innebär våra förslag i delbetänkandet att regionen har en skyldighet att ge den frivilliga vård som behövs i en sådan situation.

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

Tvångsvård är en av de mest långtgående begränsningarna i en enskild persons rättigheter som det allmänna kan vidta. Ett grundkrav är därför att inskränkningarna inte blir mer långgående än nödvändigt och att vården håller så hög kvalitet som möjligt. Målsättningen måste också vara att patienten upplever vården som meningsfull och att hen så långt det är möjligt kan påverka vilka insatser som ges. Våra samtal med klienter på LVM-institutionerna och personer som tidigare vårdats enligt LVM visar att dessa personer ofta saknar ofta ett adekvat behandlingsinnehåll. Forskningsammansättningen över psykiatriska patienters erfarenheter av tvångsvård som vi låtit göra, visar på vikten av ett relevant behandlingsinnehåll, interaktion och kommunikation mellan patienter och personal, samt på betydelsen av meningsfulla aktiviteter. Vi menar därför att det behöver pågå ett ständigt utvecklingsarbete i verksamheter som bedriver heldygnsvård med tvång. Det ska syfta till att öka patienternas delaktighet både i sin egen vård och i vårdens utveckling, utveckla innehållet i vården, och minska förekomsten av tvångsåtgärder och hotfulla och våldsamma situationer. I avsnitt 9.1 föreslår vi en reglering som ska säkerställa att ett sådant arbete bedrivs. Vi pekar även ut metoder som kan ligga till grund för sådant arbete. Vi föreslår också en tvångsvårdskommission som ska öka kunskapen om tvångsvårdens bedrivande, förstärka patienternas rättssäkerhet och stödja utvecklingen av en trygg och meningsfull tvångsvård. Kommissionen ska inrättas som ett självständigt organ vid Socialstyrelsen.

6 Ansvar och huvudmannaskap

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.

6.1.1 Närmare om förslaget

I delbetänkandet lämnade vi förslag som innebär att regionerna ska ha ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende, inklusive psykosocial behandling. Regionens ansvar tydliggörs genom att det införs en ny paragraf i 8 kap. 11 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, där det framgår att regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård som hen behöver. Skälet till den föreslagna förändringen är att vi bedömer att ett samlat behandlingsansvar hos hälso- och sjukvården ger bättre förutsättningar för samordning och integrering av behandlingsinsatser för olika psykiatriska tillstånd, och stärker förutsättningarna för en evidensbaserad och jämlik vård. Det fortsatta utredningsarbetet har stärkt vår slutsats. Särskilt har vi kunnat konstatera att personer som tvångsvårdas ofta inte får sina psykiatriska vårdbehov tillgodosedda, varken under tvångsvården eller före eller efter tvångsvårdstillfället. Många remissinstanser som exempelvis Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och regioner (SKR), och Nationell Samverkan för psykisk hälsa har ställt sig bakom den ansvarsfördelning som vi föreslår. Den är därför utgångspunkt för våra fortsatta bedömningar och förslag.

I linje med detta anser vi att regionen ska ha ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna under hela vårdprocessen och föreslår därför att regionen ska ansvara även för vård utan samtycke vid skadligt bruk och beroende.

Som vi har utvecklat i delbetänkandet anser vi att socialtjänsten även fortsättningsvis ska erbjuda sociala insatser för målgruppen och att dessa insatser behöver utvecklas och förstärkas. Samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården kommer vara avgörande för hur framgångsrika insatserna för personer med skadligt bruk eller beroende blir även i ett nytt system. I kapitel 8 beskriver vi hur hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar för planering och samverkan ska förtydligas och stärkas.

6.2 All slutet 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.

Detta innebär att lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska upphävas. Enligt övergångsbestämmelser ska den upphävda lagen gälla för beslut som fattas till och med den 31 december 2025.

6.2.1 Närmare om förslaget

Vår utgångspunkt är, som framgår ovan, att all behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård. Av detta följer att regionerna även måste ha ansvaret för vård och behandling som sker utan samtycke. I dag har kommunernas socialtjänst det övergripande ansvaret, även om tvångsvården bedrivs vid de statliga institutionerna.

Tiden som en person är föremål för tvångsvård bör betraktas som en del i längre vårdkedja. Majoriteten av alla tvångsvårdade patienter har haft en rad insatser innan tvångsvården och många behöver

fortsatt vård-, stöd- och behandlingsinsatser efter tvångsvården som har koppling till det skadliga bruket och beroendet.

Vi har övervägt olika alternativ för hur den slutna tvångsvården vid skadligt bruk eller beroende ska organiseras, utifrån att regionerna ska ha ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna under hela vårdprocessen.

Det första alternativet, vilket vi bedömt som mest ändamålsenligt, är att regionen ansvarar för all slutna tvångsvård i egen regi. Det innebär att ingen tvångsvård kommer att bedrivas på särskilda institutioner och att Statens institutionsstyrelse (SiS) inte längre kommer att ha ett sådant uppdrag.

Vår utgångspunkt, för analysen av det alternativet, är att den slutna psykiatriska tvångsvården sker på ordinarie psykiatriska slutenvårdsavdelningar och att det inte finns behov av att särskilja vården för personer med skadligt bruk eller beroende, från den som ges till patienter med andra psykiatriska tillstånd.

Vi bedömer att den psykiatriska vården har förutsättningarna att utföra detta uppdrag men att viss anpassning och utveckling krävs exempelvis när det gäller lokaler och utbildningsinsatser. Det här utvecklar vi i avsnitt 6.3

Det andra alternativet som vi övervägt, vilket vi bedömt som mindre ändamålsenligt, är att regionen har ett övergripande ansvar för tvångsvården vid skadligt bruk eller beroende men att vården bedrivs vid särskilda statliga institutioner. Vi utvecklar vår argumentation kring det alternativet nedan och varför vi inte ansett det vara ett lämpligt alternativ.

Vi har även övervägt att utveckla ett alternativ om integrerad vårdform enligt den modell för det pilotprojekt som prövas på de särskilda ungdomshemmen¹, men funnit att det inte är möjligt med hänsyn till vår premiss att behandling av skadligt bruk och beroende är hälso- och sjukvård som regionernas hälso- och sjukvård ansvarar för. Den integrerade vårdformen skulle behöva bygga på att SiS bedriver socialtjänst utan samtycke och att regionerna står för hälso- och sjukvården inom ramen för det systemet. Det är inte förenligt med de utgångspunkter vi antog redan i delbetänkandet och det har därför inte bedömts meningsfullt att pröva det alternativet närmare.

¹ se avsnitt 6.3 och 6.7

6.2.2 Skäl för förslaget

Inledningsvis beskriver vi skälen för vår inriktning som är att all sluten tvångsvård ska ske i regionens regi och sedan redogör vi för hur vi bedömt alternativet att delar av vården bedrivs av SiS på regionernas uppdrag.

Tvångsvård ska vara en del av en sammanhållen vårdkedja

Tvångsvård kan ibland vara nödvändigt men ska betraktas som ett undantag vars syfte är att patienten så snart som möjligt ska kunna ta emot insatser på frivillig väg. Här ser vi en fördel med att tvångsvård bedrivs i den psykiatriska slutenvården där det är närmare till en övergång till frivillig vård. Vården som ges till personer med skadligt bruk eller beroende behöver vara samordnad och ha så få övergångar mellan huvudmän som möjligt. Flera sammanställningar av forskning visar att tvångsvård i sig är av underordnad betydelse och har endast en kortsiktig och begränsad funktion. Framgångsfaktorer handlar då snarare om behandlingsinsatser som matchar individens behov, bemötande, välfungerande behandlingsallianser, interaktion med nätverk, en fungerande eftervård och tillgång till frivilliga behandlingsinsatser. Tvångsvården bör således vara en så liten del av vårdkedjan som möjligt och insatser innan och efter tvångsvården behöver få ökat fokus. Läs mer i kapitel 8.²

Utgångspunkten för våra direktiv är att föreslå att ansvaret ska samlas hos en huvudman. Den analys av det nuvarande systemet som vi gjorde i delbetänkandet, bland annat ur ett patient-, brukar- och anhörigperspektiv, visade stora brister i samarbetet mellan olika huvudmän och verksamheter. Det talar emot att staten och regionerna ska ha ett delat ansvar för vården och talar för att ansvaret ska samlas hos en huvudman, som förstås ofta behöver samarbeta med andra aktörer, exempelvis socialtjänsten. Vi utvecklar argumenten emot ett delat huvudmannaskap nedan när vi analyserar alternativet att regionen ansvarar för vård och behandling men att hela eller delar av vården bedrivs vid SiS institutioner.

² Israelsson, 2021, Utfall av lagstadgad tvångsvård för personer med missbruks- och beroendevård – en systematisk översikt och Larsson Lindahl, 2022, Forskningsöversikt om det vetenskapliga stödet för tvångsvård 2009–2021 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

Vården behöver bli mer individanpassad

SiS institutioner har i viss mån olika inriktning, till exempel finns det på några institutioner särskilda avdelningar för personer med psykiatrisk problematik. Dock är vår iakttagelse att det inte i någon högre grad påverkar vilken kompetens som finns hos personalen eller vilka insatser som erbjuds på institutionen. Detta framgår av data från SiS eget dokumentationssystem gällande vilka insatser som erbjuds och den bilden har även bekräftats under våra besök på SiS institutioner. Det beskriver vi i avsnitt 4.4 om målgruppen och målgruppens behov. Det innebär att med nuvarande system erbjuds alla klienter relativt likartade insatser oavsett hur individens behov ser ut. Enligt forskningen är en framgångsfaktor för behandling av skadligt bruk och beroende att adekvata behandlingsinsatser ges efter utredning av individens behov³. Den inriktningen behöver i högre grad komma till uttryck både när det gäller reglering och bedrivande av tvångsvård för skadligt bruk eller beroende

Vi menar att tvångsvården alltid ska inledas på sjukhus, men att en individuell planering sedan ska avgöra var vården bedrivs, vilket innehåll den ska ha och vilken profession som har rätt kunskap för att ge de insatserna. Vi anser att hälso- och sjukvården har större förutsättningar att erbjuda evidensbaserade insatser med personal med rätt kompetens för att behandla skadligt bruk och beroende än vad de nuvarande LVM-institutionerna har. Det bygger vi på att resurserna samlas hos en huvudman för hälso- och sjukvård, att det finns tillgång till olika personalkategorier varav flera är legitimerade och att det på många ställen finns en koppling till den forskning som bedrivs vid universitetssjukhusen. Vid behov av insatser från socialtjänsten ska alltid samverkan inledas så tidigt som möjligt.

I kapitel 8 utvecklar vi vår inriktning när det gäller krav på planering och i avsnitt 7.3 analyserar vi möjligheterna att använda öppen psykiatrisk tvångsvård för patienter som vårdas på grund av skadligt bruk eller beroende.

SiS har framfört till utredningen att det är viktigt att kvinnor och män inte vårdas tillsammans, eftersom många kvinnor i målgruppen har erfarenhet av våld och övergrepp. De lyfter även den omstän-

³ Larsson Lindahl, 2022, Forskningsöversikt om det vetenskapliga stödet för tvångsvård 2009–2021 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08, Israelsson, 2021, Utfall av lagstadgad tvångsvård för personer med missbruks- och beroendeproblem: en systematisk översikt, Gerdner och Berglund, 2011, Översikt om tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet.

digheten att vissa patienter till exempel behöver vårdas i enskildhet eller att patienter med utåtagerande beteende inte ska vårdas tillsammans med utsatta grupper.

Vi menar att det är av stor betydelse att erfarenheter av våld och övergrepp framkommer i en inledande utredning och planering och att vårdmiljön utformas på ett tryggt och säkert sätt utifrån detta. I region Stockholm finns till exempel redan i dag en vårdavdelning för kvinnor och vissa regioner har enkelrum vilket kan minska utsattheten. Det kommer dock inte vara möjligt överallt, utan det kommer att krävas individuella lösningar utifrån patientens erfarenheter och behov och utifrån patientsammansättningen. Våra förslag innebär också att tiden i slutenvård som regel minskar.⁴ Insatser för patienternas säkerhet och trygghet måste därför finnas i hela vårdkedjan. Risken för att utsättas för våld måste beaktas också under frivillig vård, och efter utskrivning i olika typer av boenden. I avsnitt 8.3 utvecklar vi hur behovet av trygghet och säkerhet och risken för våld bör beaktas inom ramen för en samordnad planering.

Även de krav på säkerhet för personal, andra patienter och omgivningen i övrigt som kan följa av enskilda patienters sjukdomsbild och beteende, måste hanteras av den psykiatriska vården. Vi bedömer att psykiatrin har legala möjligheter att anpassa sina lokaler och rutiner kring säkerhet på ett sådant sätt att det går att möta de behoven, något vi utvecklar i avsnitt 10.11.2, samtidigt som vi också konstaterar att lokalbehovet är en utmaning för hela hälso- och sjukvården och att ökad samordning därför kan behövas. LPT ger också möjlighet att, under de förutsättningar som anges i lagen, till exempel fatta beslut om avskiljning om patienten allvarligt försvårar vården för de andra patienterna. Vår bedömning är dock inte, som framgår nedan i avsnitt 6.3, att våra förslag skulle ställa andra krav på ett systematiskt säkerhetsarbete än vad som redan krävs i den psykiatriska vården.

Vården behöver oftast ges i patientens närmiljö

För att åstadkomma en mer sammanhållen vårdkedja behöver vården oftast ges i patientens närmiljö. Med närmiljö avser vi den miljö där patienten bor, har sitt nätverk, eventuellt arbete eller annan sysselsättning och där personen ska få fortsatt stöd och behandling efter

⁴ Se kapitel 7.

att tvångsvården avslutats. Det är i den miljön patienten ska fortsätta sin återhämtning från skadligt bruk och beroende och det är i den miljön uppnådd hälsa ska bibehållas.

I ett nytt system ser vi att tvångsvårdstillfällena i de flesta fall blir kortare än i dag och kommer innebära en närmare relation och snabbare övergång till det frivilliga stöd som ges. Därför bör verksamheten som ansvarar för tvångsvården enligt huvudregeln finnas i närheten av de hälso- och sjukvårds- och socialtjänstverksamheter som ska ge insatser innan och efter att tvångsvården har avslutats.

Inom ramen för LPT finns möjlighet att pröva sådana insatser under permissioner eller genom öppen psykiatrisk vård. Vårt förslag ger också förutsättningar att inleda behandling, till exempel LARO, adhd-medicinering eller psykologisk behandling under tvångsvårdstillfället, i de verksamheter där vården sedan ska fortsätta.

Att vården inte sker på institutioner långt från hemorten underlättar även patienternas kontakt med närstående som är en del av den miljö i vilken återhämtningen ska ske. Nätverket kan vara en positiv kraft i rehabiliteringsprocessen, i synnerhet när det består av personer utan egen beroendeproblematik.⁵ Men även i familjer där det finns starka konflikter eller där flera personer har skadligt bruk eller beroende eller andra psykiatriska tillstånd måste stöd för att hantera dessa relationer vara en integrerad del av planeringen för patienten.

Det bör emellertid betonas att de fördelar som en närmare vård kan uppnå inte sker av sig självt. En sammanhållen vårdkedja i patientens närmiljö kräver också samarbete mellan olika vårdgrenar, att det finns kompetens och resurser som kan utföra de olika delarna i behandlingen och en nära samverkan med andra aktörer som ger stöd till patienten, till exempel socialtjänsten. Vår bedömning är dock att en vård som ges av en huvudman som har tillgång både till sluten- och öppen vård nära patienten, ger bäst förutsättningar för att utveckla vården i en sådan riktning.

SiS har i kontakter med utredningen påtalat att avvikningarna kan bli flera om en patient vårdas i sin närmiljö, något som kan få allvarliga konsekvenser eftersom risken för en överdos kan vara högre då en patient varit fri från droger under en period. Under 2021 rapporterade SiS 181 påbörjade avvikningar. Majoriteten är tillbaka efter

⁵ Se t.ex. pågående forskning av Skärner, Berg m.fl. Allierad eller alienerad? Om hur samspelet mellan klienter, anhöriga och personal formeras och utvecklas under LVM-vården.

1–3 dygn⁶. Det finns flera svenska studier som visar att en strukturerad behandling minskar rymningsbenägenheten hos klienterna. En mer sammanhållen och personcentrerad vårdkedja med adekvat och individuellt anpassad vård där intrånget i den personliga integriteten begränsas kan också vara faktorer som minskar viljan att avvika⁷. Samtidigt kommer suget efter alkohol och droger, och oro kopplat till abstinensbesvär, alltid vara faktorer som kan leda till att patienten vill avsluta vården. Vi konstaterar dock nedan att detta är situationer som uppstår i den psykiatriska vården redan i dag, och att våra förslag undanröjer den situation som psykiatrins företrädare ofta lyfter som svårast, dvs. LVM-patienter som inledningsvis vårdas på sjukhus, och där möjligheten till tvångsåtgärder saknas och grunderna för kvarhållning upplevs som oklara.

SiS har också framfört att personen inte kommer ifrån en miljö som är destruktiv och underhåller det skadliga bruket och beroendet om vården sker i närheten av där patienten är bosatt. Vi delar uppfattningen att det i vissa fall kan vara av värde för patienten att placeras på en annan ort för att kunna bryta ett destruktivt mönster och livsstil. Vi menar dock att vården på sjukhus delvis tillgodoser behovet av att byta miljö. Det kan också tillgodoses genom en placering på till exempel ett HVB efter att tvångsvården har avslutats eller övergått i öppen psykiatrisk tvångsvård. Det finns dock även i dessa fall behov att få stöd i att hantera problematiska relationer och andra negativa miljöfaktorer innan, under och efter tvångsvården, då dessa inte försvinner för att patienten under en period bor på en annan ort.

Tillgången till evidensbaserade behandlingar behöver öka

Beroende är en psykiatrisk diagnos enligt diagnossystemen som används i hälso- och sjukvården och vi bedömer att regionerna har bättre förutsättningar att tillhandahålla adekvata och evidensbaserade psykiatriska behandlingsmetoder för skadligt bruk och beroende än vad som ges i dag.

⁶ SiS, 2022, SiS i korthet 2021.

⁷ Möller; Gerdner & Oscarsson, 1998. Rällsögården – 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare. Och Svensson, 2008, Rymmare.

Med behandling avser vi läkemedelsbehandling och de psykologiska och psykosociala behandlingar som beskrivs i nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende⁸.

På SiS-institutionerna erbjuds habiliterande och rehabiliterande insatser så som aktiviteter i det dagliga livet (ADL) och psykopedagogiska insatser enligt ett självständigt liv (ESL). MI används som motiverande samtalsmetod, psykosociala behandlingsinsatser utifrån strukturerade program i viss utsträckning i form av Acceptance and commitment therapy (ACT) eller återfallsprevention, med mera⁹. Ovanligare är att det erbjuds tolvstegsbehandling, KBT eller enskild samtalsterapi¹⁰.

När vi tagit del av vilka aktiviteter som registrerats i SiS dokumentationssystem KAJ under perioden 1 januari till 30 april 2022 kan vi konstatera att majoriteten handlar om allmän daglig livsföring (ADL). Vår bedömning är att få av de registrerade insatserna är en del av ett systematiskt arbete med evidensbaserade behandlingsmetoder. Många klienter har erbjudits behandling vid något enstaka tillfälle men inte kontinuerligt.

Vid våra besök på institutionerna har bilden som dokumentationen ger bekräftats. Nästan samtliga klienter vi pratat med, och till viss del även personal, lyfter bristen på behandling i tillräckligt hög utsträckning som ett centralt problem. Liknande slutsatser drogs redan av Missbruksutredningen¹¹ och har bekräftats av vår vetenskapliga referensgrupp. Sammantaget drar vi därför, av det kvalitativa och kvantitativa underlaget, slutsatsen att klienterna i dagens system i liten grad och endast vid ett mindre antal tillfällen under vårdtiden erbjuds evidensbaserade behandlingsinsatser för skadligt bruk och beroende.

Hur det blir om regionernas hälso- och sjukvård tar över ansvaret avgörs av under vilka förutsättningar det sker och vilka resurser verksamheten tillförs. Kompetensförsörjningsfrågan i den psykiatriska hälso- och sjukvården kommer att ha stor betydelse för resultatet och vi utvecklar våra resonemang kring det nedan i avsnitt 6.3 och i kapitel 10. Vi menar dock att om vården bedrivs hos den huvudman som har det samlade ansvaret för all behandling av skad-

⁸ Socialstyrelsen, 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

⁹ ACT Acceptance and commitment therapy, MI Motiverande samtal, ADL Aktiviteter i dagliga livet, ESL Ett självständigt liv.

¹⁰ SiS hemsida?

¹¹ SOU 2011:35, Bättre insatser vid missbruk och beroende.

ligt bruk och beroende, ökar förutsättningarna för att tvångsvårdade personer ska få adekvat behandling.

Samsjuklighet behöver uppmärksammas

Bland personer vårdas enligt LVM är samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd vanligt. Till exempel har en tredjedel av klienterna tidigare erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård och nästan två tredjedelar har tidigare erfarenhet av frivillig psykiatrisk vård¹². Uppgifter om de personer som skrevs in på SiS LVM-hem 2019 tyder på en betydande psykisk ohälsa. Nästan 80 procent hade upplevt sömn eller koncentrationssvårigheter de senaste sex månaderna. En fjärdedel hade upplevt hallucinationer eller tvångstankar under samma tidsperiod. Nästan hälften hade någon gång utretts för adhd. I den vetenskapliga bilagan till Missbruksutredningen redovisades sammanställningar av sex olika studier med psykiatriska diagnosdata för LVM-intagna. Andelen med psykiatrisk sjukdom varierade mellan 59 och 82 procent, och andelarna med personlighetsstörning varierade mellan 38 och 76 procent. Andelen med något av dessa tillstånd (sjukdom eller personlighetsstörning) varierade mellan 72 och 84 procent.¹³ Våra samtal med klienter och medarbetare på LVM-hemmen bekräftar bilden av att det finns en hög grad av samsjuklighet bland klienterna och att vissa klienter lider av svåra psykiatriska tillstånd såsom psykossjukdomar. Den höga graden av samsjuklighet gör att vi drar slutsatsen att tvångsvård för skadligt bruk och beroende behöver innehålla både kvalificerad vård för beroendesjukdomen och annan specialiserad psykiatrisk vård av hög kvalitet.

Att vården integreras inom ramen för psykiatrin innebär även att personer som i dag vårdas enligt LPT, men har behov av insatser för ett skadligt bruk eller beroende, enklare kan få det. Personer med ett allvarligt beroende har ofta även en omfattande somatisk ohälsa, vilket talar för att vården bör ges i närhet även till sådan vård.

¹² Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

¹³ Gerdner och Berglund, 2011, Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. I: Missbruket, Kunskapen, Vården – Missbruksutredningens Forskningsbilaga.

6.2.3 Förslag som vi har övervägt

Regionen har det övergripande ansvaret men vården bedrivs vid särskilda statliga institutioner

Vi har övervägt om regionernas hälso- och sjukvård skulle kunna ha det övergripande ansvaret för vården även om den bedrivs av SiS, på motsvarande sätt som kommunernas socialtjänst har i dag. I alternativet har vi utgått från våra premisser att regionernas hälso- och sjukvård ska ha ansvaret för behandling skadligt bruk och beroende och att vården ska bedrivas enligt LPT. Vi går i det här avsnittet först igenom hur vi menar att en sådan reglering skulle kunna utformas och sedan vilka steg som skulle behöva finnas i en sådan vårdprocess och hur själva vården skulle bedrivas. Därefter gör vi en samlad analys av alternativet.

Reglering

Bestämmelser om förutsättningar för när en person ska beslutas att vårdas på en särskild institution skulle lämpligast finnas i LPT. De skulle kunna reglera att alla personer som bedöms ha ett allvarligt skadligt bruk eller beroende ska vårdas på särskilda institutioner. Alternativt att det ska krävas att personen har ett sådant tillstånd och att det därutöver finns särskilda skäl för vård på institution. Sådana skäl skulle kunna vara att det föreligger en särskild stor risk för avvikning, att det finns andra särskilda säkerhetsrisker eller att personen behöver en längre tids vård i en viss miljö. Det skulle behöva finnas bestämmelser i LPT om vem som fattar beslut om vistelse på en sådan institution, vilket rimligast skulle vara chefsöverläkaren, och om möjligheten att överklaga beslutet om det ska finnas en sådan. Eventuellt skulle det också behövas regler om vården på sjukhus innan personen överförs till institutionen, något vi återkommer till nedan. Även själva vårdens bedrivande på institutionerna skulle behöva regleras i en särskild lag eller i LPT. De bestämmelserna skulle likna de som finns i LVM i dag och avse till exempel vårdplanering, patientens rättigheter, inskränkning i patientens rättigheter, säkerhet och tvångsåtgärder. Det skulle också behöva finnas regler om vem som ansvarar för vården, chefsöverläkaren eller institutionen, och hur det samarbetet ska gå till. Även hur eftervården, som ska bedri-

vas av hälso- och sjukvården där patienten är bosatt i samarbete med socialtjänsten, ska planeras och följas upp skulle också behöva framgå av lagtext. Nedan konstaterar att vi att alternativet skulle innebära att institutionerna blev sjukvårdsinrättningar. Detta skulle kräva bestämmelser om myndighetens hälso- och sjukvårdsansvar.

Vårdprocessen

I ett sådant system som vi analyserar här skulle vården inledas på sjukhus efter att chefsöverläkaren fattat beslut om intagning. Därefter skulle en bedömning göras av om patienten ska få vård på en SiS-institution, om inte det alltid skulle vara fallet när personen har ett skadligt bruk eller beroende. Vården som skulle bedrivas på institutionen skulle vara kvalificerad psykiatrisk dygnet runt vård eftersom en förutsättning enligt LPT är att patienten har ett oundgängligt behov av sådan vård. I prop. 1990/90:58 konstaterades att det allmänt gällande kravet på en god hälso- och sjukvård enligt HSL innebär att psykiatrisk institutionsvård av det slag som aktualiseras vid allvarliga psykiska störningar måste bedrivas på en sådan inrättning som faller under dittillsvarande sjukhusbegrepp. Med hänsyn till att det regelmässigt är fråga om att tillgodose kvalificerade vårdbehov följer också att det måste finnas resurser som möjliggör såväl bredd som specialisering i vårdinsatserna. Det innebär att det måste finnas specialister i psykiatri anställda på varje institution och tillgång till läkare och sjuksköterskor dygnets alla timmar. I dag bedriver SiS viss hälso- och sjukvård upp till primärvårdsnivå. Tillgång till sjuksköterskor, psykologer och läkare finns i olika utsträckning. Det innebär att den nuvarande vården på institutionerna skiljer sig påtagligt från den vård som bedrivs enligt LPT som är att betrakta som psykiatrisk specialistvård.

Inför att vården på institutionen avslutas behöver en vårdplanering ske. I en sådan kan företrädare för annan slutenvårdspsykiatri behöva delta om patienten ska få fortsatt vård på en vanlig sjukvårdsinrättning, företrädare för öppenvård, socialtjänsten och andra berörda aktörer.

Vår analys

Vi ser flera argument emot den modell vi beskrivit här. Alternativet innebär att inriktningen att integrera olika insatser i en sammanhållen vårdkedja, som vi ovan och på flera andra ställen i betänkandet beskriver som syftet med vårt förslag, överges. I stället lyfts klienten bort ur ett sammanhang för att vårdas ofta långt från hemorten under en begränsad period. Våra förslag bygger på att en person som ges tvångsvård ofta har behov av omfattande insatser före, under och efter tvångsvården. Behandling för det skadliga bruket eller beroendet ska ske samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd i heldygnsvård och i öppenvård. Socialtjänstens uppdrag ska vara inriktad på att främja den enskildes resurser och funktionsförmåga genom kvalificerade sociala stödinsatser. Personer som tvångsvårdas tillhör ofta målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. I kapitel 8 beskriver vi att i sådana situationer deltar den verksamheten i upprättandet av en samordnad individuell plan inför utskrivning från slutenvården. Vård- och stödsamordnaren, som alla deltagare i verksamheten ska ha, är enligt huvudregeln en sådan fast vårdkontakt som ska utses enligt samverkanslagen. Insatserna som behövs kommer inte alltid finnas integrerat i verksamheten utan det kommer att behövas ett samarbete med andra verksamheter inom regionen och kommunen. Mot bakgrund av den starka samordning som våra förslag syftar till, ser vi inte att det är lämpligt att vården ska utföras av en annan aktör än den regionala hälso- och sjukvården, som ska hålla ihop behandlingen och samarbeta med socialtjänsten i en samordnad vård- och stödkedja, eller stödja med insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten.

Som vi tidigare anfört anser vi att det finns brister i nuvarande tvångsvårdssystem enligt LVM. Bristerna rör just svårigheter att få till en sammanhållen vårdkedja bland annat när det gäller behandlingsinsatser både före, under och efter tvångsvården, när flera huvudmän är inblandade i olika delar av processen. Till exempel visar vår granskning av DOK-intervjuerna under 2019 att omkring hälften av klienterna under 24 år och över 45 år svarade nej på frågan om det fanns insatser för det skadliga bruket och beroendet efter vårdtidens avslutning. Situationen var något bättre för åldersgruppen däremellan, men även här uppfattade var tredje klient att det saknades planering för fortsatta frivilliga insatser mot hens skadliga bruk eller

beroende.¹⁴ Detta visar enligt vår uppfattning att ett system med två huvudmän gör det problematiskt att hålla ihop och behandlingsplaneringen. Vårt förslag innebär att en huvudman har helhetsansvaret för behandlingen vilket även underlättar planering, uppföljning och kvalitetsarbete, jämfört med om flera huvudmän med olika uppdrag och avgränsade budgetar ansvarar för sådana processer.

I dag saknar SiS kunskap om vilka insatser klienterna får efter tvångsvården och myndigheten vet heller inte hur den vård klienten fått på institutionen påverkat hur det gått för klienten efter utskrivning.¹⁵ Ett samlat huvudmannaskap för behandling innebär att dokumentation om sådana insatser kan hållas ihop på ett sätt som förbättrar möjligheten för uppföljning och möjligheten att studera utfall och effekt av olika insatser.

Ett annat argument emot alternativet är att vi bedömer att det skulle vara en stor utmaning för SiS att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal i en utsträckning som gör det möjligt att utföra ett sådant uppdrag och att anpassa sina lokaler för att kunna bedriva specialiserad hälso- och sjukvård. Som framgår ovan skulle varje institution behöva bemanna vårdplatserna med sjuksköterskor och ha läkare i tjänst dygnet runt som också har en bakjournlinje kopplad till sig. Många av institutioner befinner sig i glesbygd där regionerna redan i dag har svårt att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal. Det skulle även innebära att specialistutbildad personal behövdes på fler enheter hos olika huvudmän, vilket medför ytterligare ansträngning i fråga om kompetensförsörjningen i regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård. Därför är det mer resurseffektivt att utveckla regionernas redan befintliga hälso- och sjukvårdsuppdrag. Ett alternativ skulle möjligen vara att förstärka och förtydliga den hälso- och sjukvårdsorganisation som redan finns på SiS med anställda sjuksköterskor med ett huvudsakligt primärvårdsuppdrag, och med tillgång till läkare och psykologer i olika tjänstgöringsgrad några dagar i veckan ofta på konsultbasis. Vi utesluter inte att antalet timmar för den legitimerade personalen skulle kunna utvidgas och uppdragen förtydligas. Det skulle dock inte vara fråga om sådan kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård som ska ges enligt LPT. Vi har både i delbetänkandet och i det här betänkandet konstaterat att skadligt

¹⁴ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

¹⁵ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

bruk eller beroende är ett psykiatriskt tillstånd och att samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser är vanligt hos de som tvångsvårdas. Vi anser därför inte att det är rimligt att dessa patienter ska ges vård med lägre medicinsk kvalitet jämfört med vad som i övrigt gäller i den psykiatriska tvångsvården. Som vi konstaterar i konsekvenskapitlet blir tvångsvården med vårt förslag mindre kostsam än i dag, trots den förhöjda medicinska kvaliteten, eftersom vårddygnet blir färre. De medel som frigörs föreslår vi dels ska kompensera regionernas förhöjda kostnader för slutenvård, dels föras över till samordnade insatser i öppna former.

Vi ser även, som vi beskrivit ovan, nackdelar med att personer som tvångsvårdas får sin vård långt ifrån sin närmiljö. Därför har vi valt att inte gå vidare med alternativet att regionerna skulle ha det övergripande ansvaret för vården men att den helt eller delvis skulle bedrivas på statliga institutioner.

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

Bedömning: Den psykiatriska tvångsvården har förutsättningar att vårda personer med skadligt bruk eller beroende enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård men viss utveckling, anpassningar och resursförstärkningar behöver ske.

6.3.1 Skäl för bedömningen

Enligt vårt förslag blir regionen ansvarig för all vård och behandling av skadligt bruk och beroende inklusive tvångsvård. Vi bedömer att regionerna har förutsättningar att klara det uppdraget.

Inledningsvis kan konstateras att en relativt stor andel av de som vårdas enligt LPT i dag, vårdas för beroenderelaterade tillstånd. Enligt Socialstyrelsens statistik över tvångsvården år 2021 var det, av totalt 12 498 patienter, 1 896 som vårdades enligt LPT på grund av psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser.¹⁶ Drygt en sjättedel av patienterna som vårdas enligt LPT

¹⁶ Diagnoser F10-F19 ICD 10.

har alltså en psykisk störning eller beteendestörning som är orsakad av ett skadligt bruk eller beroende. Med största sannolikhet är det betydligt fler som har ett skadligt bruk eller beroende, men där detta inte direkt har ansetts vara orsak till den allvarliga psykiska störningen. Vid en endagsräkning av de som vårdades enligt LPT 2008, var det sex gånger fler som hade missbruk med i bilden än de som hade det som intagningsgrund.¹⁷ Sett till antalet individer som vårdas i hela den psykiatriska heldygnsvården är diagnosen skadligt bruk eller beroende störst, där framför allt intoxikationer med korta vårdtider är vanligt.¹⁸ Det är dock vanligt att patienter har flera samtidiga diagnoser. Det är även vanligt att klienter som vårdas enligt LVM tidigare har vårdats i psykiatrin. Över 60 procent av de som vårdats enligt LVM har angett att de tidigare vårdats inom psykiatrin och 35 procent att de vårdats med stöd av LPT.¹⁹

Det här visar att psykiatrin redan i dag behandlar personer med skadligt bruk eller beroende i den psykiatriska heldygnsvården både när vården är frivillig och under tvång. Det rör sig dock vanligtvis om mycket korta vårdtider även om det finns exempel på längre vårdtider även för denna grupp. Om vårt förslag genomförs behöver psykiatrin ha en beredskap att vårda fler i målgruppen och sannolikt under längre tid än i dag. I kapitel 7 föreslår vi att en förutsättning för psykiatrisk tvångsvård, förutom en allvarlig psykisk störning, kan vara ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Det innebär dels att personer som i dag inte anses ha en allvarlig psykisk störning kan få vård enligt vårt förslag, dels att personer som i dag skulle vårdas tills den psykiatriska störningen upphört skulle få vård ytterligare en tid om det föreligger ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Dessutom bedömer vi att den grupp som i dag får vård enligt LVM med vårt förslag skulle få det enligt LPT. Vården skulle dels ske frivilligt eftersom regionernas hälso- och sjukvård, enligt vårt delbetänkande, ska ge personer med skadligt bruk och beroende den vård som de behöver. Dels med stöd av LPT, som gör det möjligt att ingripa i livshotande situationer, om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda.

¹⁷ Gerdner och Berglund, 2011, Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. I: Missbruket, Kunskapen, Vården – Missbruksutredningens Forskningsbilaga.

¹⁸ Socialstyrelsen, 2021, Utvärdering av metoden självvald inläggning.

¹⁹ SiS 2020, Personer intagna på SiS LVM-hem 2019. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju. Institutionsvård i fokus nr 3 2020.

Regionerna behöver utveckla och anpassa sin verksamhet på några områden för att säkerställa att de har de förutsättningar som behövs för att vårda gruppen. Många av de utvecklingsbehov vi pekar på nedan finns i psykiatrin redan utifrån nuvarande uppdrag och ett arbete för att förbättra vården för personer med skadligt bruk och beroende pågår redan. I kapitel 10 och kapitel 12 utvecklar vi resonemangen kring vilka konsekvenser vi bedömer att våra förslag leder till.

Anpassa öppenvård och slutenvård

Det finns cirka 4 300 slutenvårdsplatser i psykiatrin varav 66 procent finns inom vuxenpsykiatrin.²⁰ Av cirka 67 000 vårdtillfällen i den psykiatriska slutenvården år 2020 var 20 000, alltså cirka tredjedel, tvångsvårdstillfällen. Till skillnad från LVM finns inte särskilda tvångsvårdsplatser i psykiatrin, utan andelen tvångsvårdsvårdsplatser avgörs av vårdbehovet. Vi konstaterar att slutenvårdsplatserna behöver öka för att personer med skadligt bruk och beroende ska kunna erbjudas både frivillig slutenvård och tvångsvård, samt för att undvika undanträngningseffekter för patienter som vårdas i psykiatrin i dag. Vissa patienter kan, efter att ha fått intensiva psykiatriska och somatiska insatser i ett inledningsskede, senare ha behov av en nykter och drogfri miljö för att kunna tillgodogöra sig behandlingsinsatser. För dessa patienter kan det bli aktuellt med längre vårdtider än de 26 dagar som är snittet i den psykiatriska slutenvården. I kapitel 10 bedömer vi att antalet slutenvårdsdygn kommer att öka med 6–7 procent, samt beräknar de ökade kostnaderna som följer av det. Vi föreslår också att resurser förs över från staten och kommunerna till regionerna för att täcka dessa kostnader.

Ungefär 13 procent av alla besök i den psykiatriska öppenvården är kopplade till patientens skadliga bruk eller beroende. Vi bedömer att antalet patienter som kommer att ha kontakter i öppenvården, liksom antalet besök i öppenvården, kommer att öka genom vårt förslag. I enlighet med de förslag vi lämnar i delbetänkandet kommer regionernas öppenvård att ta över de öppna, frivilliga psykosociala insatserna som i många fall ges av socialtjänsterna i dag.

Tillgången till tidiga insatser kommer att bli avgörande för hur stort behovet blir av slutenvårds- och tvångsvårdsplatser i ett nytt

²⁰ SKR, 2022, Psykiatrin i siffror 2021.

system. I några av landets regioner finns i dag ett begränsat utbud av öppenvård inom beroendevården som då sker i princip uteslutande inom kommunens regi, med undantag för LARO och sprututbyte. Flera regioner, bland annat Värmland, har inlett en översyn för att utveckla sitt utbud i den riktning som vi föreslagit i vårt delbetänkande. Ett sådant arbete kommer att behöva göras på flera ställen om förslagen genomförs. I omställningen kommer de resurser som i dag finns i kommunerna i form av medarbetare med beroendekompetens och uppbyggd öppenvård vara en viktig nyckel. I delbetänkandet har vi beräknat de ökade kostnaderna för regionerna som ansvaret för all behandling av skadligt bruk och beroende innebär och föreslagit att medel förs över från kommunerna till regionerna. I kapitel 10 i det här betänkandet konstaterar vi det här betänkandet konstaterar vi att regionerna behöver inleda en nära dialog med kommunerna om de resurser som i dag finns i deras verk-samheter och som med den nya ansvarsfördelningen skulle kunna användas i regionen.

Säkerhet i den psykiatriska slutenvården

En patient som kommer in till den psykiatriska slutenvården kan vara drogpåverkad och senare ha en svår abstinens. Det här är situationer som förekommer i psykiatrin redan i dag, exempelvis då vården enligt LVM inleds på sjukhus. Men genom våra förslag beräknas antalet vårddyggn för dessa patienter att öka.

Vi bedömer att psykiatrin har tillräckliga förutsättningar att hantera utagerande patienter. I dag uppkommer dock ofta svårigheter med LVM-patienterna eftersom det saknas möjlighet till tvångsåtgärder, förutom att patienten kan hindras att lämna sjukhuset enligt 24 § tredje stycket LVM, och eftersom läkemedelsbehandling inte kan ges utan samtycke när sjukhusvården sker i väntan på LVM-placering. Den situationen kommer inte uppstå med vårt förslag.

Ändå kan det behövas mera resurser och anpassning av vården för att under en längre tid hantera personer med abstinens och starkt alkohol- eller drogsug. Det kan också vara situationer som skapar oro för andra patienter, och som gör att tillgången till resurser som kan avsättas för deras vård minskar.

En risk som vi bedömer är större hos personer med skadligt bruk och beroende jämfört med andra patientgrupper inom psykiatrin är

riskerna för avvikelser vilket vi kommenterat tidigare i det här kapitlet. Sug efter alkohol och droger och stark kroppslig oro på grund av abstinens gör att det inte är ovanligt att personen vill avbryta vården, särskilt i inledningsskedet. I psykiatri finns tillgång till behandling och personal med kompetens som kan minska riskerna för sådana situationer men de kommer ändå uppkomma. Vården kommer att bedrivas på låsta sjukvårdsinrättningar men det behöver finnas rutiner för att hantera riskerna för avvikelser, verkningar av abstinens, oro med mera.

Det kan också finnas andra säkerhetsaspekter som behöver beaktas när man bedriver tvångsvård för personer med skadligt bruk eller beroende, men vi anser inte att de skiljer sig påtagligt från vad som redan i dag gäller för andra patientgrupper inom psykiatri. Vi har genom data från SiS kunnat konstatera att det skett över 400 dokumenterade våldstillbud på institutionerna under 2021.²¹ Ett drygt tiotal har bedömts ha en sådan allvarlighetsgrad att de anmälts till Arbetsmiljöverket.

Det är allvarligt att våld förekommer på SiS-institutionerna men det skiljer sig inte i förhållandet till hur det ser ut i den psykiatriska slutenvården och i andra delar av hälso- och sjukvården.²² En norsk studie visar att 32 av 82 patienter (39 procent) riktade hot och eller våld mot personalen under en 3-månadersperiod på geriatriska psykiatriavdelningar.²³ Forskning från 2001 visade på att 59 procent av psykiatrisjuksköterskorna hade blivit utsatta för hot eller våld under en tolv månadersperiod.²⁴ Riskerna för våld kan ses som en kombination av patientrelaterade faktorer och yttre för situationen specifika omständigheter. Riskfaktorer hos patienten kan till exempel vara tidigare våldsamt beteende, drog- eller alkoholpåverkan och sömnbrist. Situationsspecifika riskfaktorer kan vara trånga utrymmen och stressad personal.²⁵ Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS, 1993:2) ska arbetsgivaren närmare utreda vilka riskerna för våld och hot är samt vidta de åtgärder som krävs. Arbetet ska anordnas så att riskerna, så långt som det är möjligt, kan förebyggas. Hälso- och sjukvården be-

²¹ Skrivelse från SiS till utredningen i augusti 2022 (dnr Komm2020/00612/S 2020:08).

²² Enligt statistik från Arbetsmiljöverket är personal inom slutenvårdspsykiatri en av de mest utsatta grupperna för hot och våld.

²³ Almvik R., Rasmussen K. & Woods P, 2006), Challenging behaviour in the elderly monitoring violent incidents.

²⁴ Nolan, P., Soares, J., Dallender, J., Thomsen, S. & Arnetz, B, 2001, A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses.

²⁵ SBU, 2016, Hantering av hot och våld inom psykiatri - riskfaktorer för våld och aggression.

höver kunna genomföra individbaserade riskanalyser för respektive patient och situation. En del av säkerhetsarbetet kan fokuseras på vilka möjligheter vården har att anpassa vårdmiljöerna för att undvika att hotfulla och våldsamma situationer uppstår. Ett sätt att förhindra att hot- och våldssituationer uppstår vid daglig personlig omvårdnad och omsorg av vårdragare är att den som ger vården har tillräckligt med tid för att genomföra uppgiften.²⁶ Ett annat sätt är att arbeta med handledning för att diskutera hur hot- och våldssituationer uppstår och hur de kan förhindras. Vi utvecklar i avsnitt 9.1 hur den psykiatriska heldygnsvården kan arbeta för en trygg och meningsfull heldygnsvård på ett sätt som gör att risken för hot och våld minskar.

Sammantaget drar vi slutsatsen att ett systematiskt arbetsmiljöarbete och säkerhetsarbete för att minska våld måste bedrivas i alla verksamheter som möter personer som kan vara svårt stressade, aggressiva, sjuka eller påverkade. Vi bedömer inte att personer med skadligt bruk eller beroende är en ny målgrupp för psykiatri och anser inte att våra förslag ökar riskerna för våld mot personal och medpatienter. I stället är detta risker som redan finns i hälso- och sjukvården och som måste tas på stort allvar.

Det kan också finnas patienter där omständigheterna kräver vård på inrättningar med högre säkerhetsklassning. Det kan handla om personer som på grund av sitt psykiatriska tillstånd är återkommande våldsamma och utagerande och om personer som är tungt kriminellt belastade. Behoven av vårdinrättningar med olika säkerhetsnivå finns därför både i dag och om de förändringar vi föreslår genomförs. Detta kan göras med stöd av systemet för säkerhetsklassning enligt LPT. Enligt säkerhetsnivå 1, vilket motsvarar mycket hög säkerhet, får en avdelning t.ex. skal- och perimeterskydd som kan stå emot fritagningsförsök och kvalificerade rymningsförsök. I Utredningen om God tvångsvård (SOU 2022:40) föreslås 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 våldsproblematik. 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 tillräck-

²⁶ Åström S., Bucht G., Eisemann M., Norberg A. & Saveman BI, 2002, Incidence of violence toward staff caring for the elderly.

ligt hög säkerhet. Detta arbete behöver göras oavsett om regionerna får ansvar för tvångsvård vid skadligt bruk och beroende eller inte.

Vi bedömer att det kan bereda vissa svårigheter, särskilt för mindre regioner, att bygga upp en anpassad och flexibel vård för alla målgrupper. Det kan också finnas situationer där det krävs en avancerad vård för små patientgrupper eller där det tillfälligt finns högre kapacitet i en annan region. Att regionerna samverkar och samarbetar kring patientgrupper som kräver särskild säkerhet kan säkerställa tillgänglighet och kvalitet i tvångsvården.

Kompetensförsörjning- och utveckling

Bedömning: Regionerna bör arbeta på flera områden samtidigt för att säkerställa kompetensförsörjningen inom området. Det kan handla om öka det professionella utrymmet, förbättra arbetsmiljön, minska samvetsstress och andra ohälsosfaktorer, samt att förstärka teamarbetet med nya kompetenser som t.ex. socionomer, socialpedagoger och behandlingspedagoger. Arbetet för att hantera utmaningar med kompetensförsörjningen bör ske samordnat med åtgärder som vidtas i det syftet inom annan hälso- och sjukvård.

Bedömning: I regionernas hälso- och sjukvård finns behov av kompetensutveckling kring beroende. Ett behov som direkt följer av våra förslag är utbildning av specialister i psykiatri och andra läkare, exempelvis i primärvården, i den nya tvångsvårdslagstiftningen. Vi anser att regionerna bör samarbeta och utveckla gemensamma utbildningar i den nya lagstiftningen.

Vårt förslag kommer att öka antalet patienter som vårdas enligt LPT och därmed behovet av hälso- och sjukvårdspersonal. Det är en utmaning då regionerna redan har stora svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. Samtidigt är det vår bedömning att våra förslag inte på ett avgörande sätt påverkar den utmaningen som gäller all vård och omsorg.

I avsnitt 8.2.3 i delbetänkandet har vi konstaterat att kompetensförsörjningen inom välfärdssektorn är en fråga som staten, regionerna och kommunerna behöver lösa tillsammans. Vi har också be-

skrivit hur de olika aktörernas ansvar är fördelat. Vården av personer med skadligt bruk eller beroende liksom övrig psykiatri kan inte särbehandlas utan måste vara en del av en rad olika åtgärder som vidtas på olika nivåer för att det ska finnas personer med rätt kompetens i hälso- och sjukvården.

Kompetensförsörjning

SKR pekar på nio strategier för att möta kompetensförsörjningsutmaningen i välfärden²⁷. Strategierna är sorterade under tre rubriker; Attraktiva arbetsgivare, Nya lösningar och Hållbart yrkesliv. I detta avsnitt för vi ett resonemang utifrån dessa rubriker. Resonemangen är våra egna och är inte i alla delar överensstämmande med vad SKR lägger in i begreppen.

Vår bedömning är att åtgärder för att vara en *attraktiv arbetsgivare* måste vidtas på flera områden samtidigt. Det kan exempelvis handla om lön och villkor. En viktig del är att medarbetare får utrymme att använda sin kompetens, och att detaljstyrning undviks så långt det är möjligt. I ledarskapslitteratur lyfts känslan av att arbetet är meningsfullt och att man har eget inflytande över de arbetsuppgifter som ska utföras som viktiga faktorer för arbetsmiljö och arbetsglädje²⁸. Vår bedömning är att en verksamhetsutveckling där medarbetarna får vara aktiva och som ger resultat för patienterna förstärker arbetsgivarens attraktionskraft. Det stegvisa genomförandet av reformen som vi beskriver i kapitel 12 ger en möjlighet för arbetsgivarna att ta tillvara medarbetares kunskaper och engagemang i en omfattande förändringsprocess. Principen att det ska pågå ett ständigt utvecklingsarbete i psykiatrisk heldygnsvård där det förekommer tvång, som vi gett uttryck för i kapitel 9, kan också ha stor betydelse för människors vilja att söka sig till sådana verksamheter. Det gäller särskilt som vår utgångspunkt är att arbetet i hög grad ska bygga på de behov som finns i varje verksamhet och betona samarbete mellan personal och patienter. I kapitel 9 beskriver vi Safewards som är ett program för att systematiskt arbeta för att minska hot, våld och tvångsåtgärder i den psykiatriska heldygnsvården. Utvärderingar av de försök att implementera programmet visar på minskade sjukskrivningar hos perso-

²⁷ SKR, Nio strategier att möta kompetensutmaningen, YouTube, 2021.

²⁸ Berggren, m.fl., 2001, Praktiskt ledarskap – en bok om hur man gör när man leder människor.

nalen. Vi bedömer därför att förekomsten av ett sådant utvecklings- och förbättringsarbete ökar förutsättningarna för att rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens²⁹.

Nya lösningar kan vara digitala. Det är en viktig utveckling att också beroendevård kan ges digitalt. Det kan också handla om digitala hjälpmedel för personer med psykiska funktionsnedsättningar och skadligt bruk eller beroende.

De nya lösningar som blir relevanta för att hantera kompetensförsörjningen i relation till ökningen av antal slutenvårdsdygn handlar dock främst om nya arbetssätt. Av särskild betydelse kan den samordnade vård- och stödverksamheten vara, om den ger effekten att tröga samverkansprocesser präglade av revirstrider och otydlighet, ersätts av ett gemensamt arbete utifrån patientens behov, resurser och sammanhang. Även våra förslag i kapitel 8 att förbättra samverkan vid utskrivning kan innebära att planeringen tar mindre tid och blir mera effektiv eftersom den börjar tidigare och har tydligare former, exempelvis med stöd av överenskommelser som görs mellan kommun och region.

En ny lösning kommer också behöva vara att utvidga kompetenserna i teamet kring patienten vilket gör att medarbetare kan sökas i flera personalkategorier. Vi menar till exempel att det finns medarbetare i socialtjänsten med kunskap om psykosociala behandlingsmetoder som kan arbeta tillsammans med legitimerade yrkesgrupper i patientens vårdprocess. Det är särskilt angeläget eftersom regionerna ofta saknar kompetens om vissa behandlingsmetoder med god evidens exempelvis tolvstegsbehandling. I slutenvården menar vi att det kommer att vara nödvändigt med rekrytering av behandlingspersonal med utbildningar som till exempel socialpedagog eller behandlingspedagog som i dag finns på de statliga institutionerna. Det är yrkesgrupper som kan komplettera sjuksköterskor och skötare och bidra till att utveckla kompetensen om skadligt bruk och beroende inom slutenvårdspsykiatri. Vi har i kapitel 12 beskrivit att det ska ingå i uppdraget till den särskilde utredare som genomför utvecklingen av SiS LVM-vård att inventera sådana medarbetarresurser. Utredningen ska i den delen samarbeta med regionerna och den stödfunktion som vi föreslår ska finnas på SKR.

²⁹ Pelto-Piri, V & Strandberg, A. (2022) Att förebygga våld och tvång på institutioner genom social inkludering – det proaktiva programmet Safewards.

När det gäller strategin för hållbarhet krävs det att det löpande sker ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Risker för försvagad hälsa, trygghet och säkerhet hos medarbetare behöver ständigt följas upp och åtgärder vidtas. Det kan exempelvis gälla förekomsten av samvetsstress som innebär att man ser behov hos patienterna som inte kan tillgodose inom ramen för de resurser som finns. Åtgärder mot det är närliggande till dem som beskrivits ovan när arbetsgivarens attraktionskraft diskuterats. Det är också viktigt att risker för hot och våld identifieras och hanteras. Det har vi utvecklat ovan när vi analyserat vilka säkerhetsbehov som följer med anledning av våra förslag.

Sammanfattningsvis är kompetensförsörjningen ett område som uppmärksammas mycket av arbetsgivarna och där åtgärder måste vidtas på flera områden samtidigt. Arbetet behöver fortsätta och löpande utvärderas, samt som vi konstaterade i avsnitt 8.3.2 i delbetänkandet, bedrivs tillsammans med företrädare för professionsföreningarna och de fackliga organisationerna.

Kompetensutveckling

Det behöver stegvis ske en kompetensutveckling i regionerna kring skadligt bruk och beroende. Efterfrågan på exempelvis läkare, sjuksköterskor, kuratorer och psykologer som är specialistutbildade inom området kommer att öka. Det kan också behöva planeras för en kompetensutveckling inom området för en del av psykiatrins befintliga personal. Vi ser dock inte det behovet enbart som en konsekvens av våra förslag, utan också något som följer av kunskapsutvecklingen kring skadligt bruk och beroende som i dag anses som ett behandlingsbart psykiatriskt tillstånd. Det är också en utveckling som redan pågår. Som vi påtalat ovan vårdas många patienter enligt LPT på grund av beroenderelaterade diagnoser. Till exempel är drogutlösta psykoser ett vanligt tillstånd som kan kräva tvångsvård.

Ett utbildningsbehov som direkt följer av våra förslag är kunskap om den förändrade tvångsvårdslagstiftningen. Av särskild betydelse är att specialister i psykiatri och andra läkare som ska bedöma förutsättningarna för tvångsvård, exempelvis i primärvården, ges tillräcklig kunskap. I avsnitt 10.11.2 konstaterar vi att regionerna har ansvar för att erbjuda sådana utbildningar och att de medel som tillförs regionerna ska täcka även sådana insatser. Vi menar också att regio-

nerna bör samarbeta och utveckla gemensamma utbildningar i den nya lagstiftningen.

Samarbetet med socialtjänsten och övergången till frivilliga insatser stärker regionernas förutsättningar

Vid bedömningen av regionernas förutsättningar att bedriva tvångsvård för personer med skadligt bruk eller beroende är det viktigt att beakta att det inte är den vård som i dag bedrivs på SiS som ska flytta in i regionerna, utan att vården kommer att bedrivas på ett annat sätt. En utgångspunkt är till exempel att vårddiderna enligt LPT blir kortare än de är enligt LVM. Det förutsätter att en fungerande öppenvård utvecklas med stöd av de förslag som vi lämnat i delbetänkandet. Det förutsätter också att efter att tvångsvården har avslutats personernas behov tillgodoses genom insatser från socialtjänsten.

Insatser från socialtjänsten

Vi har i delbetänkandet konstaterat att socialtjänstens arbete är avgörande för många i målgruppen. Vi har också föreslagit att den verksamhetens huvuduppdrag enligt 5 kap. 9 § SoL blir att utifrån inventeringar av behov och planering utföra sociala stödinsatser som stärker den enskildes resurser, delaktighet i samhället och möjligheter till fungerande boende och meningsfull sysselsättning. En fortsatt utveckling av samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedömer vi är en viktig förutsättning för att personernas behov ska tillgodoses och för att regionerna ska kunna hantera tvångsvårdsuppdraget när det gäller personer med skadligt bruk eller beroende. I det här betänkandet lämnar vi i avsnitt 6.4 ett förslag om socialtjänstens ansvar för boende och andra stödinsatser när det gäller personer som tvångsvårdas enligt LPT och förslag om planeringen av vården, som i de delar den gäller socialtjänstens insatser, ska göras gemensamt av huvudmännen³⁰.

³⁰ Se kapitel 8.

Samordnad vård- och stödverksamhet

Vi bedömer även att den samordnade vård och stödverksamheten kommer vara till stöd för regionerna i det nya uppdraget. Målgruppen för verksamheten är personer som har behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras. Den samordnade verksamheten ska innehålla uppsökande arbete, hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser samt samordning av insatser. Varje deltagare ska tilldelas en vård- och stödsamordnare.

Vi bedömer att en stor andel av patienterna som vid fler än enstaka tillfällen kommer att vårdas med stöd av LPT, kommer att tillhöra den samordnade vård- och stödsamordningen.

I vissa fall kommer det vara en redan befintlig deltagare i verksamheten som tvångsvårdas. Verksamheten behåller då ett övergripande ansvar för deltagaren i verksamheten även när deltagaren är heldygnsomhändertagen, både med stöd av LPT och om vården övergår till att ges frivilligt.

I andra fall kommer det först under ett tvångsvårdstillfälle att bli aktuellt att utreda om patienten bör få insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten. I avsnitt 7.3.4 avsnitt 8.3.3 beskriver vi vid vilka tillfällen en bedömning ska göras av om en patient tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten.

Öppna insatser kan inledas under tvångsvårdstillfället

Öppenvårdsinsatser, socialtjänstinsatser eller stöd från den samordnade verksamheten kan inledas under det att tvångsvården fortfarande pågår. Det kan ske genom att patienten ges permissioner eller genom att den slutna psykiatriska tvångsvården övergår till öppen psykiatrisk tvångsvård. Vi gör i avsnitt 7.3.2 bedömningen att öppen psykiatrisk tvångsvård kan vara en lämplig vårdform för personer med skadligt bruk eller beroende. Vi lämnar också i samma kapitel förslag för att underlätta tillämpningen av bestämmelserna om den öppna vårdformen. Sammantaget stärker det regionernas förutsättningar att bedriva tvångsvård för personer med skadligt bruk eller beroende.

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.

6.4.1 Närmare om förslaget

Enligt socialtjänstlagen 4 kap. 1 § har den som inte själv eller på annat sätt kan tillgodose sina behov rätt till bistånd för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Rätten till bistånd är inte knuten till vissa särskilt angivna situationer eller insatser. I förarbetena till 1980 års socialtjänstlag konstaterar man att det skulle gå emot helhetssynen och att det skulle vara svårt att utforma lagstiftningen så att den kom att avse alla de situationer där det bör finnas rätt till bistånd. Att rätten till bistånd inte är knuten till några särskilt angivna insatser innebär att insatsernas art och utformning får bestämmas av förhållandena i det enskilda fallet.

Samhället har samtidigt ett särskilt ansvar för att personer som vårdas mot sin vilja efter tvångsvården ska få stöd till en fungerande livssituation vilket i dag framgår av 30 § LVM. Vi anser att en bestämmelse av motsvarande slag ska regleras i socialtjänstlagen vid beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård, öppen rättspsykiatrisk vård och när tvångsvård enligt LPT eller LRV upphör.

I delbetänkandet har vi föreslagit att 5 kap. 9 § SoL ska formuleras så att det framgår att socialnämnden ska verka för att människor med skadligt bruk och beroende som möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Nämnden ska även medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och få bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Förslaget tydliggör socialtjänstens ansvar att tillhandahålla kvalificerade sociala stödinsatser som stärker den enskildes resurser och funktionsför-

måga. Insatser ska väljas och utformas utifrån den enskildes behov och utifrån vilka insatser som har evidens och inte därför att kommunen eller regionen endast har ett begränsat utbud att erbjuda där den enskilde är bosatt, och inte heller för att samarbetet mellan huvudmännen inte fungerar. Våra förslag i delbetänkandet bedöms leda till att kommunerna fokuserar på de psykosociala stödinsatserna på den ort där den enskilde är bosatt samtidigt som regionen ökar sitt utbud av öppenvårdsbehandling.

När det gäller personer som tvångsvårdats enligt LPT eller LRV anser vi att socialtjänstens roll behöver understrykas ytterligare. Socialnämndens särskilda ansvar att *aktivt verka* för att den enskilde efter en vårdtid utan samtycke får bostad, arbete, utbildning samt personligt stöd som i dag regleras i 30 § LVM menar vi därför ska finnas kvar, och föreslår att ansvaret i stället regleras i SoL med hänvisning LPT och LRV. Att inte reglera detta särskilt skulle innebära en försvagning av socialnämndens ansvar vilket inte är avsikten med våra förslag. Vi föreslår även att bestämmelsen i kompletteras jämfört med LVM så att det framgår att inte bara arbete utan också andra former av sysselsättning ingår i ansvaret. Vi menar också att syftet med insatserna ska vara att den enskilde kan leva ett självständigt liv. Avsikten är att understryka det enskilde ska ges stöd till självförsörjning och kunna återta kontrollen över sin livssituation som begränsats av det psykiatriska tillståndet eller omgivande faktorer. Att *aktivt verka* för att få till stånd det stöd och de insatser personen behöver efter tvångsvården innebär enligt förarbetena en långt gående skyldighet för nämnden. Dock anser vi att aktivt *arbeta för* är ett mer tidsenligt uttryck än *verka för*. Det innebär ingen ändring av vad som förväntas av nämnden, utan det som uttryckts i förarbetena till LVM blir med våra förslag tillämpligt för alla patienter som tvångsvårdas enligt LPT och LRV.

Insatserna ska också planeras så tidigt som möjligt under tvångsvården i samverkan med regionen.³¹ I avsnitt 8.5 lämnar vi förslag som syftar till att planeringen ska inledas direkt efter inskrivningen och att kommunen ska ha tydliga incitament att delta i planeringen. Utgångspunkten måste vara att den som skrivs ut från tvångsvård eller vårdas i den öppna psykiatriska tvångsvården inte ska behöva återvända till en miljö och livssituation där hen har små utsikter att upprätta sin fysiska och psykiska hälsa. I Socialstyrelsens Nationella

³¹ Prop. 1987/88:147, Tvångsvård för vuxna missbrukare m.m., s. 106.

riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende finns rekommendationer om insatser för att främja boendestabilitet och sysselsättning för personer med missbruk och beroende³². Det finns också ett vård- och insatsprogram inom området som tagits fram som en del av det nationella programområdet för psykisk hälsa³³.

Ibland kan en person som skrivs ut från slutenvård behöva insatser i det egna hemmet, till exempel boendestöd, eller insatser för att få ett hem exempelvis via *bostad först* eller *vårdkedjemodellen*. Regeringen har i hemlöshetsstrategin och i budgeten för 2023 beslutat om medel för en satsning på *Bostad först* för kommunerna. I de nationella riktlinjerna för missbruk och beroende beskrivs tre olika modeller för boendeinsatser som på olika sätt kombinerar vård och behandling, stöd i boendet (personell stödinsats) och boendestöd (fysiskt boende). De två modellerna som rekommenderas är *Bostad först* och *vårdkedja* och där *Bostad först* har något starkare effekt när det gäller bostadsstabilitet men det vetenskapliga stödet är begränsat. Båda dessa kombinerar bostad med boendestöd på vård på olika sätt. Både Socialstyrelsens öppna jämförelser och enkäten vi genomförde inom ramen för delbetänkandet visar att endast 20 procent av kommunerna kan erbjuda *Bostad först*, medan omkring 30–40 procent erbjuder *vårdkedja* för boende. Det här kan dock innebära att en kommun kanske kan erbjuda några personer *bostad först* eller *vårdkedja*, inte att *alla* personer med sådana behov kan få en sådan insats. Äldre personer och personer med funktionsnedsättning som har ett skadligt bruk eller beroende kan också bli aktuella för boende med särskild service enligt 5 kap. 5 och 7 §§ SoL. Detta kan ställa särskilda krav på planering, kompetens och arbetsätt i sådana boenden.

När det gäller sysselsättning rekommenderas i nationella riktlinjer *arbetsförberedande träningsmodeller* och arbetslivsinriktad rehabilitering i form av *IPS-modellen*. Arbetsförberedande modeller är primärt utformade för att öka deltagarnas anställningsbarhet genom att förmedla kunskaper och praktiska färdigheter som behövs för anställning inom ett visst yrke eller bransch. Modellen föreskriver en gradvis introduktion till arbetsmarknaden, vilket skiljer den från sysselsättningsfrämjande insatser i form av individanpassat stöd till arbete. Utgångspunkten för IPS-modellen är ett avlönat arbete på

³² Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Stöd för styrning och ledning.

³³ SKR 2021, Missbruk och beroende, www.vardochinsats.se 2022-12-10.

vanliga arbetsplatser med tillgång till kontinuerligt stöd och service. Stödet kan omfatta exempelvis jobbcoacher, arbetsplatsförlagd handledning och olika typer av mentorprogram. Riktlinjerna rekommenderar i första hand IPS-modellen. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för personer med psykisk funktionsnedsättning kunde närmare 40 procent av kommunerna erbjuda IPS-modellen 2020. Där emot saknas uppgifter om hur många personer som erbjöds sådant stöd, och i vilken mån det riktas till personer med skadligt bruk eller beroende eller samsjuklighet. Det går att läsa mer om detta i avsnitt 9.3.3. i delbetänkandet.

I avsnitt 8.5.3 i det här betänkandet lämnar vi förslag om stöd och utveckling gällande boende och sysselsättning för målgruppen.

6.4.2 Skäl för förslaget

Enligt artikel 25 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna är bostad en grundläggande rättighet. Ett stabilt boende är ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende. Många med beroendeproblematik har dock svårt att upprätthålla en stabil boendesituation. Omvänt så riskerar också människor som lever i instabila boendesituationer att utveckla ett skadligt bruk eller beroende. Riskfaktorer för skadligt bruk eller beroende och hemlöshet är ofta samma eller liknande och resultatet blir ofta att det uppstår ett mönster där personens olika problem förstärker varandra på ett negativt sätt.³⁴ Det gäller i hög grad personer som vårdas enligt LVM. Enligt genomgången av DOK-intervjuer³⁵ hade ungefär hälften i den äldre gruppen ett eget boende vid inskrivning i tvångsvården. Bland den yngre gruppen hade var femte klient eget boende medan nästan var femte var hemlös. En stor del av gruppen hade upplevt att bli vräkt från sin bostad. I vissa åldersgrupper var det fler som hade en bostad vid inskrivningen än vid utskrivningen³⁶.

Enligt Socialstyrelsens hemlöshetskartläggning från 2017 var cirka 33 000 personer hemlösa inom ramen för Socialstyrelsens fyra olika nivåer av hemlöshet. Beroende på vilken form av hemlöshet som det

³⁴ NVC, 2020, Hemlöshet i Norden – Utvecklingen av nordisk bostadspolitik.

³⁵ Se kapitel 5.

³⁶ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

gäller har någonstans mellan 30–50 procent också insatser för sitt skadliga bruk och beroende³⁷. Hemlöshet och bostadsnöd är komplexa problem som behöver angripas på en övergripande nivå genom åtgärder som hanterar bostadsmarknader i obalans, fattigdom som gör att vissa grupper inte kan efterfråga bostäder, boendesegregation och höga boendekostnader. Samtidigt måste en rad akuta tillstånd som trångboddhet, hemlöshet, osäkra boendeförhållanden, vräkningar, avhysningar och olika typer av härbärgeslösningar som riskerar att leda till inlåsnings effekter tacklas samtidigt.

Under 2022 presenterade regeringen en ny nationell strategi för att motverka hemlöshet. Bland annat innehåller den en nationell satsning på Bostad först som senare förstärkts av den nya regeringen, och uppdrag till Socialstyrelsen att kartlägga hur kommunerna jobbar med akuta boendelösningar. Det här är uppdrag som vi ser är viktiga för utvecklingen av bostadssituationen för personer med skadligt bruk eller beroende.

När det gäller arbete eller utbildning har socialtjänsten även fortsättningsvis ett ansvar att efter tvångsvård aktivt arbeta för att en person får arbete, utbildning eller annan sysselsättning. Tillgång till ett arbete innebär inte bara en möjlighet till försörjning utan kan också vara en förutsättning för fullföljande av och framgång i behandling av skadligt bruk eller beroende. Brist på sysselsättning är på motsvarande sätt ofta ett hinder för en lyckad behandling och återanpassning i samhället. När vi intervjuade personer med samsvjuklighet lyftes vikten av att ha en meningsfull vardag med sysselsättning och arbete som avgörande för att må bra och undvika återfall (avsnitt 9.3.2 i delbetänkandet). Vår genomgång av DOK-intervjuer visar att klienterna angav missbruk/kriminalitet som sysselsättning vid inskrivning (59 procent) och vård/behandling (16 procent). Vid utskrivning fanns inte alternativet missbruk/kriminalitet. Gruppen vård/behandling utökades till 37 procent medan arbete/arbetssökande ökade från 11 procent till 26 procent mellan in- och utskrivning³⁸.

³⁷ Socialstyrelsen, 2017, Hemlöshet – omfattning och karaktär.

³⁸ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

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.

Bedömning: Det delade ansvaret för vård och stödinsatser vid placering på HVB får konsekvensen 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.

6.5.1 Närmare om förslaget

Vårt förslag att regionernas hälso- och sjukvård får ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende kommer att innebära att heldygnsbehandling för sådana tillstånd sker inom psykiatrisk slutenvård oftare än i dag. Den förändringen kommer att vara tydligare när det gäller vuxna än när det gäller personer under 21 år, eftersom lagen

(1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, finns kvar. I avsnitt 9.3.4 i delbetänkandet konstaterade vi också att det behövs ett helhetsperspektiv på barnets behov och att socialtjänstens ansvar att verka för goda uppväxtförhållanden omfattar även skadligt bruk och beroende hos barn och vårdnadshavare. När barn placeras på HVB eller i andra vårdformer utanför hemmet är det sällan enbart på grund av det psykiatriska tillståndet skadligt bruk eller beroende, utan det sker efter en sammanvägd bedömning av till exempel barnets hemförhållanden, sociala förhållanden i övrigt, skol-situationen och eventuellt skadligt bruk eller beroende. Möjligtvis kan våra förslag leda till att det blir något mindre vanligt med sådana placeringar bland de äldre barnen och ungdomarna, där det kan förekomma att en person utvecklat ett renodlat skadligt bruk eller beroende, utan att det påtagligt påverkar de sociala förhållandena. En sådan person ska få vård i öppen eller slutet form av regionernas hälso- och sjukvård. Det kan också ske en förändring på sikt, när behandling av skadligt bruk och beroende etablerats som ett hälso- och sjukvårdsansvar för vilket regionen ansvarar.

När det gäller vuxna har vi föreslagit förändringar som syftar till att kommunen ska fokusera på sociala stödinsatser i personens närmiljö, exempelvis när det gäller boende och sysselsättning i stället för att ha ett behandlingsansvar. Det kommer på sikt innebära att det blir mindre vanligt med köp av platser på tillfälliga boenden långt från hemorten. Även förslaget att regioner och kommuner ska vara skyldiga att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet bedömer vi kommer att minska behovet av institutionsvård för vuxna. Trots det kommer det fortsatt finnas situationer då vuxna personer med skadligt bruk eller beroende har behov av placering utanför hemmet. Exempelvis kan en HVB-placering vara aktuell under en utslussningsfas från psykiatrisk heldygnsvård. Förutom behovet att fortsätta en behandling för det skadliga bruket eller beroendet och förebygga återfall kan det finnas andra problem som personen behöver hjälp med för att kunna tillgodogöra sig behandling. Det kan finnas behov av att i en nykter och drogfri miljö få struktur på tillvaron genom att följa dagliga rutiner, utföra aktiviteter tillsammans med andra, återuppta kontakt med barn och andra närstående, sanera skulder eller att utreda och ordna bostadssituation och sysselsättning.³⁹ Det här bedömer vi är insatser som huvud-

³⁹ Socialstyrelsen, 2015, Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig.

sakligen är ett ansvar för socialnämnden. HVB för vuxna kan också vara aktuellt när ett sådant heldygnsomhändertagande med sociala stödinsatser är en förutsättning för att behandlingsinsatser ska kunna sättas in, eller för att andra sociala insatser som exempelvis ett permanent boende ska kunna planeras. Även andra vårdformer som socialtjänsten tillhandahåller utanför det egna hemmet kan aktualiseras när den enskilde inte har ett så omfattande behov av stöd och där behandlingsinslagen kan vara mindre framträdande som till exempel familjehem.

En sammanhållen vårdkedja vid placering utanför hemmet

Vi har i delbetänkandet bedömt att HVB-placeringar fortsatt ska vara en insats som beslutas av socialtjänsten. Samtidigt finns det ofta ett betydande inslag, och behov, av hälso- och sjukvårdsinsatser under placeringarna. Bland annat har flera tidigare studier visat att barn och unga som är placerade på HVB i stor utsträckning har olika psykiatriska diagnoser. Utöver skadligt bruk eller beroende kan det till exempel handla om adhd, autism, PTSD, uppförandestörning, ångest och depression.⁴⁰ Vi har därför i delbetänkandet föreslagit att hälso- och sjukvårdens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser under placering på HVB förtydligas. Om regionen inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatserna genomförs under placeringen på HVB inträder, enligt den i delbetänkandet föreslagna 16 kap. 4 a § HSL, betalningsansvar för en viss del av kostnaden enligt en schablon. I delbetänkandet har vi också, i 6 kap. 1 a § SoL, föreslagit att kommunen ska kalla regionen till ett möte om upprättande av en samordnad individuell plan enligt 2 kap. 7 § SoL och, när den beslutar om en vistelse på HVB.

Hälso- och sjukvårdsinsatserna kan under en HVB-placering till exempel lösas genom att den region där hemmet ligger tillgodoser insatserna på uppdrag av regionen där personen är bosatt. Det kan fungera när det till exempel gäller LARO eller andra insatser som kräver särskild medicinsk kompetens. Den här ordningen finns redan i dag när det gäller specialiserad vård för till exempel personer med psykiatriska tillstånd som har behov av både sociala stödinsatser och vård och behandling i psykiatrin. Det ska framgå av den sam-

⁴⁰ Socialstyrelsen, 2019, Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov.

ordnade individuella planen vem som ska ge insatserna och på vilket sätt. En annan fråga är hur ansvaret för psykosociala behandlingsinsatser för det skadliga bruket eller beroendet ska hanteras. Dessa är närliggande till vissa sociala stödinsatser som syftar till att stärka den enskildes resurser och funktionsförmåga och ges ofta som en integrerad del på HVB. I vårt föreslagna system är dock psykosociala behandlingsinsatser att anse som hälso- och sjukvårdsinsatser och det är regionen som bedömer patientens behov av insatserna, som svarar för att de sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt står för kostnaden.

När det gäller barn och unga blir den gränsdragningen svårare att göra. Som framgår ovan ska regionernas hälso- och sjukvård ansvara för behandlingen av skadligt bruk och beroende, samtidigt som socialtjänsten har ett fortsatt uppdrag att bidra till goda uppväxtförhållanden även vad avser skadligt bruk och beroende. Barnets behov av trygghet och stöd ska tillgodoses på ett sätt som omfattar samtliga livsområden samtidigt. Principen om barnets bästa ska vara vägledande och barnet ska kunna lämna synpunkter kring planeringen. Ett av huvudargumenten för ett förändrat huvudmannaskap är en mer sammanhållen vårdkedja. Det innebär att det är önskvärt att även efter utskrivning från slutenvården och vid behov av en HVB-placering sträva efter att hålla ihop vården av det skadliga bruket eller beroendet. Redan i nuvarande socialtjänstlag 6 kap. 1 § fjärde stycket anges att vården på HVB bör utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön vilket således ger uttryck för närhetsprincipen.⁴¹ Vården bör förläggas och genomföras på sådant sätt att samhörigheten och kontakt med de anhöriga eller andra närstående och med hemmiljön främjas. Det kan dock finnas skäl att i vissa fall placera en person på avstånd från sin hemmiljö, exempelvis när det gäller unga där det finns hot och våld i hemmet, anhöriga eller andra närstående med beroendeproblem med mera.

⁴¹ Prop. 1979/80:1 Del A s. 535.

6.5.2 Skäl till förslagen och bedömningen

Regionens hälso- och sjukvårdsansvar ska gälla för alla som är placerade utanför det egna hemmet

I delbetänkandet föreslås att regionens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer placerade på HVB ska förtydligas i en ny paragraf, 8 kap. 12 § HSL och att 6 kap. 1 § socialtjänstlagen ska hänvisa till den bestämmelsen. Flera remissinstanser har påpekat att förslagen bestämmelse kan ge intrycket av att regionen inte ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som är placerade utanför egna hemmet i till exempel ett familjehem. Eftersom detta inte är avsett med den föreslagna bestämmelsen, föreslår vi att den ska ändras till att regionen har ansvar för alla hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som är placerade utanför egna hemmet. Det betalningsansvar vi föreslår ska träda in om inte regionen tar ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna föreslås däremot fortsatt endast omfatta HVB. Skälen till det är att det är för vården på HVB som våra förslag om att regionen ensamt ansvarar för behandling av skadligt bruk och beroende innebär störst förändringar eftersom hemmen i dag bedriver relativt mycket psykosocial behandling. Dessutom är det redan i nuläget ett problem för personer som är placerade på HVB att bland annat få de psykiatriska eller somatiska insatser som de behöver⁴².

Överenskommelser om vård utanför det egna hemmet

Ett viktigt skäl till att vi föreslår att tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska bli ett ansvar för hälso- och sjukvården är att förutsättningarna för en sammanhållen vårdkedja ökar, något vi utvecklar i kapitel 8. En fungerande vårdkedja består av samordnade, ofta samtidiga insatser, som syftar till att förändra den enskildes situation. En HVB-placering kan utgöra en del av en sådan sammanhållen vårdkedja. När det gäller psykiatrisk tvångsvård så kan det till exempel bli aktuellt med en sådan placering under öppen psykiatrisk tvångsvård eller efter utskrivning från tvångsvården. Även om vi konstaterat att HVB ska vara en socialtjänstinsats kommer behandlingsinsatser för psykiatriska tillstånd, inklusive skadligt bruk och beroende, vara en del av de insatser som ges under placeringen. Eftersom det även fort-

⁴² Se delbetänkandet, avsnitt 9.4.1.

sättningsvis kommer vara två huvudmän som ansvarar för olika delar av de samlade vård- och stödinsatserna som ges till personer på HVB, är samverkan nödvändigt.

För att regionen ska kunna erbjuda god vård under hela vårdkedjan, behöver den ha god kännedom om och kunna påverka vilka behandlingsinsatser som ges under en placering och kunna bedöma kvaliteten på insatserna. Vi har därför övervägt att regionen inte ska ha betalningsansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna under en placering, om de anser att den enskildes behov av hälso- och sjukvårdsinsatser inte kan tillgodoses inom ramen för den placeringen. Vi gör dock bedömningen att om kommunen ändå beslutar om placeringen riskerar den enskilde att bli utan hälso- och sjukvårdsinsatser eller få insatser av låg kvalitet och att det därför inte är en framkomlig väg. Regionen har också, enligt vårt förslag, ett avgörande inflytande eftersom det alltid är den som avgör hur sådana insatser ska utföras. Vi föreslår därför att regionen och kommunen ska ingå en överenskommelse om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna ska tillgodoses för alla som fyllt 21 år och som vårdas utanför det egna hemmet. Överenskommelsen kan till exempel reglera vilka principer som ska avgöra val av placering, regionens roll i upphandlingar av HVB och hur eventuella tvister mellan huvudmännen ska hanteras. Vi anser att skyldigheten att ingå överenskommelser ska omfatta all vård utanför det egna hemmet enligt socialtjänstlagen. I praktiken kommer det dock vara särskilt angeläget att fokusera på insatserna vid en HVB-placering eftersom det är verksamheter som i dag bedriver behandling och som därför påverkas särskilt av det förändrade huvudmannaskapet. Det är också bara i HVB som regionen, enligt vårt förslag, får betalningsansvar för uteblivna hälso- och sjukvårdsinsatser.

Bestämmelsen vi föreslår ska gälla personer som fyllt 21 år. Skälet till det är att det redan finns bestämmelser i SoL och HSL om att region och kommun ska ingå överenskommelser om hälso- och sjukvård när barn och unga vårdas utanför det egna hemmet. När det gäller barn och unga kommer det vara särskilt angeläget att regionen och kommunen kommer överens om sitt samarbete kring hälso- och sjukvårdsinsatser. Som framgår ovan anser vi att en allt för tydlig gränsdragning kring behandling kan vara olämplig när det gäller barn och unga. Våra förslag i delbetänkandet innebär att hälso- och sjukvården får huvudansvaret för behandling för skadligt bruk eller bero-

ende även för barn och unga och för att den sker samordnat med andra psykiatriska tillstånd. Vi har dock inte i uppdrag att föreslå några förändringar i LVU, vilket innebär att tvångsvård för unga på grund av skadligt bruk eller beroende kommer att ske även inom socialtjänsten. Behovet av samordnad behandling för både skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd är mycket stort för placerade barn och unga. Med anledning av det delvis överlappande ansvaret finns det stora behov av att regionerna och kommunerna kommer överens om hur behandlingsansvaret ska definieras och om hur ansvaret för insatserna ska fördelas under en placering.

Gemensamma verksamheter och upphandlingar

Efter att ha tagit del av remissinstansernas synpunkter och fört en fortsatt dialog med socialtjänst och hälso- och sjukvård drar vi slutsatsen att ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvårds- respektive socialtjänstinsatser under en HVB-placering som regel inte kan lösas på något annat sätt än genom gemensamma upphandlingar eller gemensam drift av HVB. Vi anser också att vården i många fall måste bedrivas på HVB-hemmet. Det gäller särskild de psykosociala behandlingsinsatserna som ofta integreras med sociala stödinsatser. I många fall är det också en opraktisk lösning att vård som behöver ges dagligen utförs av regionen där klienten är bosatt, eller av regionen där hemmet är beläget. Ett HVB som bedriver hälso- och sjukvård måste vara anmält som vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL. Till det återkommer vi i nästa avsnitt.

Behovet av ett gemensamt ansvarstagande är särskilt stort när vården sker under öppen psykiatrisk tvångsvård utifrån en samordnad vårdplan. När vård bedrivs utan samtycke måste särskilda krav ställas på att vården har hög kvalitet och ges samordnat. Patienten ska också under den öppna psykiatriska tvångsvården iaktta vissa villkor. Det är av stor vikt att dessa är tydliga och anpassade till HVB-hemmets förutsättningar samtidigt som de följs upp av chefsöverläkaren. Som framgår av avsnitt 7.3.5 kan inga insatser ske med tvång utanför sjukvårdsinrättningen.

Även när det gäller barn och unga finns särskilda behov av gemensamma HVB-verksamheter eller gemensamma upphandlingar. Barn har en särskild rätt till hälsa enligt barnkonventionen. Trots det vet

vi att den rätten inte alltid tillgodoses under en HVB-placering. Därtill kommer att ansvaret måste vara överlappande mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, och att behandlingsmetoder som vidtas i olika syften kan vara svåra att skilja från varandra, något vi utvecklat i avsnittet ovan.

Vi anser inte att staten i detalj bör reglera hur kommuner och regioner ska hantera drift och upphandlingar av HVB och föreslår därför inga särskilda bestämmelser om detta. För regionen kommer det dock att finnas ett starkt incitament att delta i sådana upphandlingar eller att driva gemensamma verksamheter eftersom de enligt vårt förslag får ett betalningsansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna om dessa inte tillgodoses. Även kommunen har skäl att ta ett gemensamt ansvar med regionen för HVB eftersom insatsen knappast kan genomföras om regionen menar att de psykosociala behandlingsinsatserna ska ges någon annanstans än på HVB-hemmet. Vi anser också att det gemensamma ansvaret kommer understödjas ytterligare genom att det blir en skyldighet för regioner och kommuner att komma överens om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna på HVB ska genomföras vilket vi beskriver ovan.

6.6 En ansökan till IVO om tillstånd att bedriva HVB ska innehålla uppgifter om hälso- och sjukvårdsinsatser

Bedömning: En ansökan eller anmälan till IVO om att bedriva HVB ska innehålla en upplysning om verksamheten även avser bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet. Detta bör regleras i socialtjänstförordningen.

6.6.1 Skäl för förslaget

Som framgår av föregående avsnitt bedömer vi att våra förslag får konsekvensen att fler HVB-hem än i nuvarande system kommer att bedriva både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det betyder i praktiken att de behöver följa båda regelverken och ansöka om tillstånd eller anmäla HVB enligt SoL och SoF, och anmäla sig som vårdgivare till vårdgivarregistret enligt patientsäkerhetslagen (PSL).

Vi ser därför att det är viktigt att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) får kännedom om att vilken verksamhet HVB-hemmet avser att bedriva och att detta framgår av myndighetens omsorgsregister. Det är ingen förutsättning som är grund för tillståndsprövningen, utan endast upplysning för att myndigheten i sin tillsynsverksamhet ska ha de uppgifter som behövs för att bedriva en effektiv tillsyn.

Vår bedömning är att det är lämpligt att reglera kravet på att ansökan ska innehålla en sådan upplysning i socialtjänstförordningen, av vilken övriga krav på en ansökans innehåll framgår.

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

Bedömning: 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 (vistelseregionen). Vi bedömer att dessa frågor behöver utredas i särskild ordning.

I delbetänkandet har vi föreslagit att all behandling av skadligt bruk och beroende ska vara en fråga för regionernas hälso- och sjukvård. Som framgått av föregående avsnitt kräver den inriktningen särskilda lösningar för personer som är placerade utanför hemmet. I det här avsnittet gör vi bedömningar som berör de särskilda ungdomshemmen som SiS bedriver enligt LVU. Vi lämnar dock inga förslag i denna del. Skälet är att tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser till barn och unga på särskilda ungdomshem behöver utredas i sin helhet och inte bara kopplat till skadligt bruk eller beroende. Det pågår också en utredning och pilotverksamhet som kan komma att ge regeringen ytterligare underlag i frågan. Detta utvecklar vi nedan.

6.7.1 Bakgrund

Barn och unga i institutionsvård

En undersökning som Socialstyrelsen lät genomföra 2018 på SiS särskilda ungdomshem visade bland annat att:

- 71 procent av barnen/unga hade minst en fastställd psykiatrisk diagnos.
- Adhd var den vanligaste diagnosen hos både pojkar och flickor. Hos pojkar var den näst vanligaste diagnosen missbruk, följt av uppförandestörning och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Den näst vanligaste diagnosen bland flickor var PTSD, följt av autismspektrumtillstånd och missbruk.
- 40 procent av barnen och de unga hade varit i något akut psykiatriskt tillstånd de senaste sex månaderna. Vanligtvis var detta relaterat till självmords- respektive självskadebeteende.

Detta visar på en omfattande psykiatrisk problematik hos barn och unga som är placerade på de särskilda ungdomshemmen. Skadligt bruk är vanligt, likaså samsjuklighet mellan olika psykiatriska tillstånd. På särskilda ungdomshem saknas som regel förutsättningar för att ge specialiserad psykiatrisk vård. Även IVO har pekat på brister i samverkan mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri efter att ha granskat tillsynsärenden om placerade barn där insatserna inte fungerat. Socialstyrelsen har framhållit att kontinuitet i behandling och närhet till specialistvård, som barn- och ungdomspsykiatri eller habiliteringen, är viktiga faktorer som leder till god kvalitet i behandlingen. Placerade barn och unga i SiS särskilda ungdomshem och andra HVB har sådan kontinuitet och närhet i lägre utsträckning än jämnåriga i befolkningen.⁴³

De särskilda ungdomshemmen

För barn och unga som är i behov av tvångsvård med stöd av LVU, och samtidigt behöver hälso- och sjukvårdsinsatser, är ansvaret delat mellan flera huvudmän. Socialtjänsten har ett övergripande vård-

⁴³ Socialstyrelsen, 2019, Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov.

ansvar för barn och unga som är placerade på HVB och socialnämnden ska verka för att alla placerade barn får den hälso- och sjukvård som de behöver. Vården vid särskilda ungdomshemmen ska bedrivas i samråd med socialnämnden. Det innebär bland annat att socialnämnden ska vara aktiv i arbetet att få till stånd de undersökningar, insatser och behandlingar som barnet eller den unge behöver inom hälso- och sjukvården.⁴⁴ Socialnämnden ska upprätta en vårdplan inför placeringen och ansvara för att ta fram en genomförandeplan för hur vården ska genomföras. Vårdplanen ska utgå från den unges behov. Den ska också beskriva de insatser som behövs från andra huvudmän, exempelvis från hälso- och sjukvården.

Läkarundersökning och hälsoundersökning av placerade barn och unga

Läkarundersökningen har ansetts vara ett viktigt komplement till socialtjänstens utredning av behov av vård då den syftar till att identifiera sjukdom, skada eller funktionsnedsättning som kan ha betydelse för bedömningen av behovet av vård med stöd av LVU, men också för nämndens planering av vården.⁴⁵ Nämnden får även utse läkare för undersökningen eller läkare vid en viss klinik. Läkarundersökningen ska som regel ske innan nämnden gör ansökan om vård till förvaltningsrätten, om inte en läkarundersökning anses vara obehövlig om det finns särskilda skäl. Särskilda skäl kan vara att det redan finns en tillfredställande utredning om barnet eller den unges hälsotillstånd.

Enligt SoL och lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet är socialnämnden skyldig att initiera en hälsoundersökning och regionen skyldig att erbjuda en sådan undersökning. Enligt samma lag ska regionen utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen, på initiativ av socialnämnden, erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet av ett barn eller ung person i ålder 18–20 år inleds. Syftet med hälsoundersökning är:

- en medicinsk bedömning av behovet av hälso- och sjukvård samt tandvård hos ett barn eller en ung person som vårdas utanför det egna hemmet,

⁴⁴ Socialstyrelsen, 2019, LVU – Handbok för socialtjänsten.

⁴⁵ Prop. 1979/80:1 s. 602.

- hur socialnämnden ska verka för att barnet eller den unge ska få sitt behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosett, samt
- hälso- och sjukvårdens och tandvårdens fortsatta kontakt med barnet eller den unge.

Utredningar, uppdrag, utvärderingar och granskningar av SiS

Unga i samhällets vård

Utredningen Barn och unga i samhällsvård (Dir. 2021:84) ska se över och föreslå åtgärder för hur kvaliteten i vården kan öka när barn och unga placeras i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende (HVB), inklusive särskilda ungdomshem, med stöd av SoL eller LVU. Syftet med uppdraget är att säkerställa att barn och unga som placeras utanför det egna hemmet alltid ska garanteras trygghet, säkerhet och en i övrigt god vård. Utredaren ska i uppdragets alla delar beakta barns och ungas erfarenheter. Det som bedöms vara till barns och ungas bästa ska ligga till grund för bedömningen av de åtgärder som utredaren föreslår. Uppdraget ska redovisas senast den 10 april 2023.

Statskontorets rapport - SiS vård av barn och unga LVU

Statskontoret har på regeringens uppdrag analyserat förutsättningarna för Statens institutionsstyrelse (SiS) att bedriva en ändamålsenlig vård av barn och unga enligt lagen (1990:52) om vård av unga (LVU). Fokus i rapporten är på vården av flickor. Statskontoret bedömde att lagar och förordningar är tydliga när det gäller SiS respektive socialnämndens ansvar för vård av barn och unga, men att de i praktiken får de unga ändå inte alltid den vård de behöver. Vidare ansåg Statskontoret att det inte var tydligt i regelverket hur SiS och regionerna ska säkerställa att de placerade barnen och unga får tillgång till hälso- och sjukvård. Statskontoret konstaterade att barn och unga på de särskilda ungdomshemmen många gånger inte får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda och de så kallade riksavtalet inte är tillräckligt för att tillgodose barn och ungas behov av hälso- och sjukvård.

Uppdrag till IVO om förstärkt tillsyn och analys av SiS särskilda ungdomshem där unga flickor vårdas

Den 8 april 2021 uppdrog regeringen åt IVO att under tiden 1 maj 2021 till 1 maj 2022 förstärka tillsynen av SiS institutioner som vårdar unga flickor. Den 31 december 2022 ska IVO lämna en samlad redovisning av uppdraget. IVO ska följa upp och analysera redan vidtagna åtgärder samt utfallet av de tidigare anmälningar som inkommit gällande missförhållanden på de ovan angivna ungdomshemmen.

Pilotprojektet integrerad vård på SiS särskilda ungdomshem

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda och samordna ett utvecklingsarbete i form av ett pilotprojekt i psykiatri och vid Statens institutionsstyrelse (SiS) för att förbättra vården för vissa unga som vårdas vid SiS med stöd av LVU, och som även har stora behov av psykiatrisk vård.⁴⁶ Pilotprojektet syftar till att utvärdera om en integrerad vårdform kan vara ett ändamålsenligt och effektivt sätt att tillgodose målgruppens sammantagna behov av vård från både psykiatri och SiS. I uppdraget ska Socialstyrelsen:

1. Förbereda ett pilotprojekt och ta in ansökningar från regioner som vill delta i pilotprojektet.
2. I nära samarbete med SiS, de regioner som ska delta i pilotprojektet samt Nationella programområdet (NPO) psykisk hälsa, ta fram förslag på vad den integrerade vården ska innehålla och vilken kompetens som behöver finnas i verksamheten. Vidare ska Socialstyrelsen ta fram kriterier för inskrivning i och utskrivning från den integrerade vårdformen och även riktlinjer för hur ansvaret fördelas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
3. Stödja regioner och SiS inför och under genomförandet med bedömning av förutsättningarna för en god vård i integrerad vårdform.
4. Låta genomföra en oberoende utvärdering av pilotprojektet.

⁴⁶ Regeringsuppdrag 25 september 2019, dnr S2019/00643/FST.

Pilotprojektet startade den 1 januari 2021 efter förberedande möten och andra aktiviteter hösten 2020. Projektets första år har präglats av fortsatta förberedelser på nationell, regional och lokal nivå. Arbetet med att inkludera enskilda barn i integrerad vård har påbörjats under våren 2022 i två av tre pilotverksamheter. De tre regioner som deltar i pilotförsöken är Västra Götaland, Östergötland och Region Skåne. I Skåne och Östergötland bedrivs projektet mellan ett utpekad ungdomshem och regionens psykiatriska vård, medan det i Västra Götaland riktar sig till alla särskilda ungdomshem i regionen.

Den integrerade vården är en del av arbetet vid de särskilda ungdomshem som omfattas av utvecklingsarbetet. Det finns ingen särskild placeringsform för integrerad vård och inte heller några särskilda avdelningar där vården ska bedrivas. De särskilda ungdomshemmens generella vårdmiljö har därför stor betydelse också för genomförandet av den integrerade vården. Enligt Socialstyrelsens rapport från 2022 har en stor del av arbetet 2021 gällt juridiska frågor.⁴⁷ Det beror till stor del på att BUP:s insatser bygger på frivillighet och LVU på tvång. Informationsdelning och sekretess har varit frågor som behövt lösas inom projektet.

Region Västra Götaland och Östergötland har påbörjat verksamhet med integrerad vård under 2022 och till och med maj 2022 hade fyra respektive tre barn inkluderats i vården. På en övergripande nivå bedömer Socialstyrelsen att det är för tidigt att fastslå såväl lämpligt vårdinnehåll i den integrerade vårdformen som lämplig kompetens eftersom pilotprojektet fortfarande är i en lärande och kunskapsutvecklande fas.

6.7.2 Närmare om bedömningen

Enligt vår bedömning skulle en reglering av hälso- och sjukvårdsansvaret på de särskilda ungdomshemmen behöva omfatta ett förtydligande av SiS, hemregionens och vistelseregionens ansvar. Med hemregion avser vi den region där den unge är bosatt. Enligt 9 § 3 Folkbokföringslagen (1991:481), förkortad FOL, leder inte en persons vistelse vid institution för vård av unga till ändrad bosättning om anledningen till vistelsen enbart är vård. Endast i fall där vård-

⁴⁷ Socialstyrelsen, 2022, delrapport – Utveckling av integrerad vård för barn i SiS särskilda ungdomshem.

och socialtjänstinsatserna är av underordnad betydelse i förhållande till behovet av ett boende och vården pågår en längre tid ska barnet vara folkbokfört där enligt huvudregeln i FOL. Med vistelseregion avses i detta fall regionen där det särskilda ungdomshemmet finns.

Regionen har ansvar för en god hälso- och sjukvård för personer bosatta regionen (HSL 8 kap). Det gäller även den som är placerad på ett särskilt ungdomshem. Ovan har vi redovisat de omfattande brister som finns i dag. Vi ser därför att det finns skäl för att ansvaret för unga som är placerade på särskilda ungdomshem regleras särskilt. Det kan göras genom att SiS ansvar för att bedriva viss hälso- och sjukvård regleras i SiS instruktion, samtidigt som både hemregionens och vistelseregionens hälso- och sjukvårdsansvar förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen. En tydligare reglering av hälso- och sjukvårdsansvaret skulle ersätta den bestämmelser som i dag finns i socialtjänstförordningen 3 kap. 6 § om att ungdomshemmen bör ha tillgång till läkare och psykologisk expertis.

SiS ansvar

SiS har som framgått ovan byggt upp en hälso- och sjukvårdsorganisation som de själv beskriver som primärvård upp till och med sjuksköterskenivå. Vi bedömer att det är väsentligt att det bedrivs hälso- och sjukvård på ungdomshemmen med hänsyn till behovet av närhet och kontinuitet. Problemet i dag är att det är ett oreglerat ansvar som kan göra det otydligt och skapa felaktiga förväntningar hos andra aktörer. En del i en reglering av hälso- och sjukvårdsansvaret för barn och unga som är placerade på särskilda ungdomshem kan därför vara att SiS får ett reglerat ansvar att bedriva primärvård upp till läkarnivå. Detta skulle i princip innebära att SiS får ett ansvar för den vård som myndigheten redan bedriver, men tydliggöra förutsättningarna för planering och finansiering av hälso- och sjukvårdsverksamheten. Detta ansvar skulle vara utöver det ansvar SiS redan har för elevhälsa. SiS ansvar för primärvård upp till med sjuksköterskenivå skulle inte innebära att regionernas ansvar för primärvårdsinsatser upphör. I många fall kan den unge erbjudas hälso- och sjukvård på de särskilda ungdomshemmen men fortfarande ha behov av till exempel en fast vårdkontakt och fast läkare på en vårdcentral i den region den unge vistas i.

Hemregionens ansvar

Statskontorets rapport ”SiS vård av barn och unga enligt LVU 2022” visar att det är framför allt när det gäller den specialiserade vården som barn och unga som vårdas på SiS riskerar att falla mellan stolarna. Därför måste det vara tydligt vem som har ansvaret för sådan vård. Ett förtydligande kan göras genom att det framgår av hälso- och sjukvårdslagen att hemregionen är ansvarig för sådan hälso- och sjukvård som SiS, enligt vårt förslag ovan, inte ansvarar för. En sådan reglering skulle understryka att regionen är finansiellt ansvarig för samtliga läkarinsatser till unga på de särskilda ungdomshemmen, samt för all specialistvård oavsett vem som utför den. Insatserna skulle dock i många fall behöva utföras av vistelseregionen vilket vi utvecklar nedan. Däremot bedömer vi inte att det är lämpligt att vistelseregionen har det lagstadgande ansvaret för insatserna. Som framgår nedan kan vården i många fall behöva hållas ihop med insatser som påbörjats före placeringen och som kan behöva fortsätta efteråt. Vi menar även att det följer av normaliseringsprincipen att regionens ansvar för barn och unga som är placerade på särskilda ungdomshem ska gälla på samma sätt som för övriga personer bosatta i regionen.

Vistelseregionens ansvar

I dagsläget anlitar SiS främst konsultläkare för att tillgodose tillgången till läkare på de särskilda ungdomshemmen. Vi anser att det bör vara mer tydligt vem som ansvarar för läkarinsatserna till en målgrupp med mycket stora hälso- och sjukvårdsbehov. Ett sådant förtydligande kan säkerställa tillgången till läkarinsatserna och bidra till vård som är likvärdig, oavsett på vilket hem som ungdomen är placerad. Vi bedömer därför att vistelseregionen ska ha ansvar för att tillhandahålla de läkarinsatser som det finns behov av på de särskilda ungdomshemmen. På det sättet ökar förutsättningarna för att det finns tillgång till läkare på de särskilda ungdomshemmen för de situationer där det inte är möjligt eller lämpligt att de unge får vård i ordinarie strukturer. Tillgången till läkare på de särskilda ungdomshemmen kan tillgodoses på olika sätt beroende på vilka hälso- och sjukvårdsbehov de unga har. Vistelseregionens ansvar för att tillhandahålla läkarinsatser skulle till exempel kunna tas genom att en

vårdcentral får ansvaret för läkarinsatser för de unga som vårdas på särskilda ungdomshem. Det skulle också kunna ske genom avtal med enskilda läkare eller större privata vårdgivare.

Vistelseregionens insatser med stöd av riksavtalet

Vistelseregionen skulle i praktiken behöva utföra även annan specialistvård än den som utförs av läkare. Det kan gälla både när hemregionen har identifierat ett hälso- och sjukvårdsbehov och bestämt om hur det ska tillgodoses redan i samband med placeringen, och när behovet identifieras efter placeringen. Riksavtalet har bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sin hemregion. Avtalet omfattar bland annat vård efter remiss från hemregionen, akut vård och övrig utomlänsvård där patienten själv väljer sådan vård. Om den unga har en pågående vårdkontakt i den specialiserade vården i dennes hemregion, bör en bedömning göras om vården fortsatt kan utföras av hemregionen även under placeringstiden eller om en remiss ska skickas för vård i vistelseregionen (i avtalet benämnt som vårdregionen). Remissen kan gälla både slutet och öppen vård. Vid kortare placeringar eller där det inte krävs täta vårdkontakter, alternativt att vårdkontakten kan ske digitalt, kan patienten många gånger med fördel vara fortsatt inskriven i den specialiserade vården i sin hemregion. Det kan även underlätta vid utskrivningen från det särskilda ungdomshemmet. När det gäller unga som har behov av specialiserad vård och som inte har en upparbetad vårdkontakt, kan en läkare i vistelseregionen skriva en remiss till den specialiserade vården i den unges hemregion i enlighet med riksavtalet. Även en patient som tagits in för akut vård och behöver specialiserad vård ska i första hand remitteras till hemregionen enligt avtalet. Om sådan remittering inte är möjlig ska patienten remitteras till den närmaste vårdenheten där den nödvändiga vården kan ges. Det kommer många gånger bli aktuellt för unga placerade på de särskilda ungdomshemmen, eftersom det inte är möjligt för den unge att ta sig till hemregionen för att ta del av insatserna.

6.7.3 Skäl för bedömningen

Vi bedömde i avsnitt 9.3.4 i delbetänkandet att barn och unga, på samma sätt som vuxna, har behov av att olika behandlingsinsatser för psykiatriska tillstånd hålls ihop och ges med evidensbaserade metoder, och föreslog därför att behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett huvudansvar för regionernas hälso- och sjukvård. Vi konstaterade vidare i delbetänkandet att socialtjänsten har en fortsatt viktig roll i att verka för trygga och goda uppväxtförhållanden, vilket inkluderar förhållanden relaterade till skadligt bruk och beroende.

Unga som vistas på särskilda ungdomshem har särskilt stora hälso- och sjukvårdsbehov som inte tillgodoses i dag och det gäller inte minst psykiatrisk vård. Det finns också problem med samverkan mellan region, kommun och SiS. Det finns även oklarheter i ansvaret mellan den region där den unge är bosatt och den region där det särskilda ungdomshemmet finns. Vi ser därför att det är angeläget att ansvarsförhållanden, både för finansiering och utförande, tydliggörs av lagstiftaren. De behov av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja, som vi beskriver i kapitel 8, gäller självfallet även för barn och unga. För att åstadkomma detta bedömer vi att ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser behöver regleras för både SiS, hemregionen och vistelsregionen.

Vi har dock valt att i detta läge inte lägga fram något skarpt förslag om ett förtydligande av ansvarsfördelningen. Skälet till detta är att det pågår och nyligen har avslutats flera uppdrag, utredningar och granskningar av SiS verksamhet för unga. Vi har under utredningens gång haft dialog med utredningen Barn och unga i samhällets vård (S2021:06) eftersom våra uppdrag till viss del är överlappande. Utredningen har bland annat i uppdrag att lämna förslag på hur kvaliteten i vården av barn och unga som placeras utanför det egna hemmet kan säkerställas. Då vårt uppdrag endast omfattar vård för skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd, skulle våra förslag behöva inriktas på vård för dessa tillstånd, trots det är tydligt att unga på de särskilda hemmen behöver få förbättrad tillgång även till andra hälso- och sjukvårdsinsatser.

Barn och unga som är placerade har ofta en komplex problembild, som kräver omfattande socialtjänstinsatser parallellt med psykiatriska insatser. Därför behöver det även utredas närmare hur detta i

praktiken ska hanteras, då unga vanligtvis inte placeras i sin hemregion, varför vården inte kan ske i patientens närmiljö. Även konsekvenserna av att vården på SiS sker med tvång, medan hälso- och sjukvårdsinsatserna ska ges med samtycke, behöver utredas mer grundligt. Vi bedömer att utredningen Barn och unga i samhällets vård, har goda möjligheter att ta fram förslag som är särskilt anpassade efter målgruppen barn och unga som är placerade utanför egna hemmet, och att frågorna inom ramen för deras arbete kan belysas djupare.

SiS lyfter i sitt remissvar på delbetänkandet att med den föreslagna utformningen av 16 HSL kap. 4 a kan vård på de särskilda ungdomshemmen komma att omfattas av det betalningsansvar vi föreslår att regionerna ska ha för hälso- och sjukvårdsinsatserna på HVB, om de inte uppfyller vissa åtaganden. I en fortsatt utredning av hur unga på de särskilda ungdomshemmen ska få den hälso- och sjukvård de har behov av, bör en bedömning ingå av om betalningsansvar för regionerna är ett lämpligt sätt att säkerställa adekvata hälso- och sjukvårdsinsatser. Regeringen kan också inför sitt ställningstagande i frågan om reglering av hälso- och sjukvård på särskilda ungdomshem vilja dra slutsatser av det pågående pilotprojektet om integrerad vård vid särskilda ungdomshem.

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.

Bedömning: Förslaget bedöms kunna få stora konsekvenser för regionerna och regeringen bör därför, med stöd av remissinstansernas synpunkter, ta ställning till om det är möjligt att genom-

föra förslaget tillsammans med övriga förslag, eller om det i stället ska genomföras senare eller under längre tidsperiod än den vi beräknat i kapitel 10.

6.8.1 Närmare om förslaget

Av 1 § LOB, framgår att den som anträffas så berusad av alkohol-drycker eller annat berusningsmedel att han eller hon inte kan ta hand om sig själv eller annars utgör en fara för sig själv eller annan får omhändertas av polis. Om det behövs med hänsyn till den omhändertagnes tillstånd ska han eller hon så snart det är möjligt undersökas av läkare (3 § LOB). Av Rikspolisstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om omhändertagande av berusade personer framgår att läkarundersökning ska ske om tillståndet kan misstänkas vara förorsakat av sjukdom, den har omhändertagna har en inte obetydlig kroppsskada eller kan befaras ha fått inre skador eller skallskador eller att berusningen eller omtöckningen närmar sig eller medför medvetlöshet, påverkar andningen eller medför motorisk oro, rastlöshet eller svettning eller är förenad med anmärkningsvärda eller svårförståeliga psykiska symtom.⁴⁸

Av 4 § LOB framgår att en omhändertagen person som inte bereds vård på sjukhus eller någon annan vårdinrättning, inte tas om hand på något annat sätt och inte heller kan friges får hållas kvar. Den omhändertagne får tas i förvar om det är nödvändigt med hänsyn till ordning och säkerhet.

Mellan 2012–2021 dog 45 personer i polisens arrest. Det är dock inte klart hur många av dessa personer som var omhändertagna enligt LOB. Statistik från bland annat Polismyndigheten visar att endast cirka 20 procent av personer som omhändertas enligt LOB får vård och att resterade 80 procent sätts i polisarrest. 2021 omhändertogs cirka 51 000 personer med stöd av LOB.⁴⁹

JO har vid flera tillfällen uttalat att personer som omhändertas för berusning som regel bör komma under medicinsk övervakning och har i beslut riktat kritik mot Polismyndigheten för bristande tillsyn vid omhändertaganden. Samtidigt har JO också pekat på att

⁴⁸ FAP 023-1 – RPSFS 2000:57, Polismyndighetens föreskrifter och allmänna råd om omhändertagande av berusade personer.

⁴⁹ Polismyndighetens, 2022, årsredovisning 2021.

bedömningar av en persons hälsotillstånd måste göras med försiktighet av polis eller arrestpersonal, eftersom en felbedömning kan få mycket allvarliga konsekvenser.⁵⁰

Missbruksutredningen föreslog att huvudansvaret för förvaring och tillsyn vid polisens omhändertagande enligt LOB ska ligga hos dåvarande landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården. Den omhändertagne skulle föras till en av landstinget anordnad enhet för tillnyktring eller motsvarande vårdenhet, om inte särskilda skäl talade mot det. Regeringen valde att inte gå vidare med den reform av huvudmannaskapet för beroendevården som utredningen föreslog, och konstaterade i den proposition där det ställningstagandet motiverades, att frågan om ansvaret vid LOB-omhändertagande var under beredning i Regeringskansliet⁵¹. Den beredningen ledde till att regeringen 2014 tog initiativ till en treårig satsning med syftet att öka den medicinska säkerheten för personer som omhändertogs enligt LOB. Satsningen fick resultera i att 15 län tog fram överenskommelser om sitt samarbete kring LOB-omhändertaganden. Det bedrevs också ett antal lokala utvecklingsprojekt.

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys hade i uppdrag att följa upp satsningen och lämna bland annat följande rekommendationer i sin utvärdering:

- det behövs kvalificerad medicinsk bedömning av hälsotillstånd,
- det behövs alternativ för tillnyktring i hela landet,
- behov av fortsatta insatser behöver fångas upp⁵².

Regeringskansliet har inte vidtagit några ytterligare åtgärder med anledning av rekommendationerna.

Polismyndigheten har tillsammans med SKR på eget initiativ bedrivit ett projekt kring LOB. Projektet redovisades i en rapport i maj 2020, *Hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som omhändertagits enligt LOB eller befinner sig i arrest av andra skäl*. I rapporten redovisas förslag som syftar till att lösa de problem som projektet hade iakttagit, vilka överensstämmer med den beskrivning som gjorts i inledningen till det här avsnittet. Ett av förslagen var att LOB

⁵⁰ T.ex. JO dnr 3622-2017.

⁵¹ Prop 2012/13:77, God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården.

⁵² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018, En lob i mål? Uppföljning av satsningen för ett förbättrat omhändertagande av berusade personer.

och HSL ska ändras så att hälso- och sjukvårdens ansvar förtydligas och att färre personer behöver nyktra till i arrest.

Polismyndigheten har den 16 juni 2022 inkommit med en hemställan till Regeringskansliet om att förtydliga ansvarsfördelningen för omhändertagande av berusade personer. Hemställan bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

6.8.2 Skälen för förslaget

LOB trädde i kraft 1977 och syftet med lagen var att berusade personer som behövde omhändertas skulle beredas vård. Man kan tydligt se av statistiken som redovisas ovan att lagstiftarens intention att LOB ska vara en vårdlag inte har fått genomslag i praktiken. Vi anser att det är klarlagt att vissa personer som omhändertas med stöd av LOB inte får den sjukvård som är avsedd och som de har behov av. Regeringens särskilda satsning 2013–2017 har inte heller lett till en tillräcklig förbättring av situationen. Personer som omhändertas med stöd av LOB befinner sig i en mycket utsatt situation och det kan finnas allvarliga hälsofaror med tillståndet. Det är inte lämpligt att det är polisen som får avgöra när ett tillstånd är så allvarligt att det kräver läkarvård, eftersom myndigheten saknar den medicinska kompetensen för det uppdraget. Av våra dialoger med regionerna drar vi slutsatsen att tillnyktringsenheter eller andra former för tillnyktring inte utvecklas inom hälso- och sjukvården i den takt som behövs.

Våra förslag i delbetänkandet, om förtydligande av huvudmannaskapet för insatser till personer med skadligt bruk och beroende mellan regionen och kommunen, innebär bland annat att regionen blir ansvarig för all behandling av sådana tillstånd. Däremot förtydligar inte förslagen ansvarsfördelningen mellan regionen och andra huvudmän såsom Polismyndigheten. Vi har under arbetet med tilläggsdirektivet konstaterat att det finns ett behov också av ett sådant förtydligande. Det gäller särskilt eftersom flera tillnyktringsenheter bedrivs gemensamt av region och kommun, något kommunerna knappast kommer att fortsätta med om behandlingsansvaret förtydligas. Vi föreslår därför att regionernas ansvar för att bereda vård för berusade personer som omhändertas av polisman ska framgå av 8 kap. 11 § HSL. Samtidigt ändras 3 § LOB så att det framgår att den

som omhändertagits enligt LOB ska föras till ett sjukhus eller annan vårdinrättning som kan ges stöd och behandling. Om en person inte kan frigges får denne tas i förvar enligt 4 § enbart om det är nödvändigt med hänsyn till ordning och säkerhet eller om vården av annat skäl inte kan beredas på sjukhus eller någon annan vårdinrättning.

I avsnitt 8.2 föreslår vi att 47 § LPT ändras så att polisens möjlighet att omhänderta en person och föra denne till en sjukvårdsinrättning även gäller personer med ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Detta innebär att 47 § LPT ska tillämpas i första hand när det finns skälig anledning att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning eller har ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Att LPT ändras på detta sätt medför att färre personer kommer omhändertas enligt LOB.

Vi bedömer dock att Polismyndigheten måste ha fortsatt befogenhet att under vissa förutsättningar omhänderta en person som är berusad, även när det inte finns skälig anledning att anta ett sådant allvarligt skadligt bruk eller beroende som avses i 47 § LPT föreligger. Huvudregeln är då att personen efter omhändertagandet förs till sjukhus eller annan vårdinrättning och tas om hand där. Polismyndighetens befogenhet att ta en person i förvar som inte kan frigges begränsas till situationer när det är nödvändigt med hänsyn till ordning och säkerhet eller när vården inte kan ges på sjukhus eller annan vårdinrättning. När en person kan frigges bedöms av Polismyndigheten. Det kan vara när personen bedöms klara sig själv eller, vilket särskilt förekommer när det gäller barn, att personen tas om hand av en närstående. Möjligheten till förvar med hänsyn till ordning och säkerhet ska användas i situationer när den omhändertagne riskerar att skada andra personer eller egendom eller på annat förorsaka allvarlig olägenhet. Möjligheten att ta personen i förvar för att vården av andra skäl inte kan beredas på sjukhus ska betraktas som en undantagsregel. Syftet är att en berusad person ska kunna tas i förvar för tillnyktring när det föreligger något hinder för polisen att ombesörja omhändertagandet på sjukhus. Det kan till exempel vara när det är omöjligt för polismyndigheten att anordna transport till sjukhus. Bestämmelsen kan inte användas för att sjukhuset anser sig sakna resurser. Den ska inte heller användas för sjukhuset bedömer att personen inte behöver tillnyktring på sjukhus. I en sådan situation ska personen släppas om förvar inte är påkallat med hänsyn till ordning och säkerhet. Om en person tas om hand av polis gäller

i dag att personen ska undersökas av läkare om det behövs, liksom häkteslagens regler i 5 kapitlet som bland annat anger att en intagen som behöver hälso- och sjukvård ska undersökas av läkare. Vi anser att 3 § i LOB ska ändras eftersom det följer av våra förslag att det är regionens hälso- och sjukvård som ska stå för läkarinsatser och annan vård. För de personer som kommer att tas i förvar med hänsyn till ordning och säkerhet anser vi att häkteslagens bestämmelser är tillräckliga.

I konsekvenskapitlet redogör vi för vilka ekonomiska och andra konsekvenser förslaget får för regionerna och för Polismyndigheten. Vi konstaterar där att av de 51 000 personer som omhändertas skulle 35 000 tillnyktra på sjukhus, jämfört med drygt 10 000 som är fallet i dag. Enligt vårt förslag ska kapacitetsökningen ske under fyraårsperiod. Vi anser att detta kan bli betungande för regionerna om det sker samtidigt som de övriga förslag vi lämnar ska genomföras. Därför bedömer vi att regeringen med stöd av remissinsatsernas synpunkter bör ta ställning till om det är möjligt att genomföra förslaget tillsammans med övriga förslag, eller om det i stället ska genomföras senare eller under en längre tidsperiod än vi beräknat i kapitel 10.

6.9 Upphävande av 31:2 BrB om överlämnande till vård i särskilda fall

Förslag: Bestämmelsen i 31 kap. 2 § BrB upphävs som en följd av att lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall upphävs den 1 januari 2026. Enligt övergångsbestämmelser ska den upphävda bestämmelsen fortfarande gälla för beslut som fattas till och med 31 december 2025.

Bedömning: Våra förslag leder till att Kriminalvården kommer att behöva upphandla HVB som erbjuder både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser. Kommuner och regioner kommer att behöva utarbeta rutiner för hur ansvaret för insatser ska fördelas efter villkorlig frigivning vid kontraktsvård och vårdvistelser.

Bedömning: Utifrån de förslag vi lämnar i delbetänkandet och i detta betänkande behöver Polismyndigheten, Åklagarmyndigheten, Riksåklagaren och Kriminalvården se över föreskrifter, all-

männa råd och rutiner för att anpassa dessa efter att regionen ansvarar för all behandling av skadligt bruk och beroende med och utan samtycke.

Bedömning: Regeringen bör utreda hur tillgången och kvaliteten i vård och behandling kan öka för personer som har dömts till en kriminalvårdspåföljd för brott.

6.9.1 Närmare om förslaget

Av 31 kap. 2 § första stycket BrB, framgår att kan den som har begått en brottslig gärning bli föremål för vård enligt LVM, får rätten överlämna åt socialnämnden eller, i fråga om den som redan är intagen i ett hem där sådan vård meddelas, åt den som förestår hemmet att föranstalta om behövlig vård. Innan rätten beslutar om överlämnande ska socialnämnden eller den som förestår hemmet höras. Är för brottet stadgat strängare straff än fängelse i ett år får, enligt andra stycket, överlämnande enligt första stycket ske endast om det föreligger särskilda skäl. Har domstol överlämnat någon till vård med stöd av 31 kap. 2 §, får, enligt 38 kap. 2 § BrB, efter ansökan av åklagare den rätt som först dömt i målet undanröja förordnandet om överlämnande till vård och döma till annan påföljd för brottet om den vård som socialnämnden i yttrande till domstolen har förklarat sig ämna föranstalta om visar sig inte kunna anordnas.

Eftersom vi föreslår att tvångsvård vid skadligt bruk eller beroende ska regleras i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och att LVM ska upphöra föreslår vi att även bestämmelsen i BrB ska upphävas.

Av 46 § LVM följer, att är någon som har beretts vård med stöd av lagen misstänkt för brott, för vilket inte föreskrivs strängare straff än fängelse i ett år och som hör under allmänt åtal, samt har brottet begåtts innan vården påbörjades eller under vårdtiden, ska åklagaren pröva om åtal lämpligen bör ske. I och med att LVM upphävs, upphävs även denna bestämmelse. Bestämmelsen i 20 kap. 7 § 4 rättegångsbalken om åtalsunderlåtelse för personer som är i behov av psykiatrisk vård ska tillämpas i stället.

Hur används bestämmelsen om överlämnande till vård i dag

Vi har efter en sökning i rättsdatabasen JUNO dragit slutsatsen att bestämmelsen är sparsamt använd och att det handlar om ett tiotal fall per år och då framför allt överlämnande till pågående LVM-vård. I enstaka fall rör det sig om personer som hade blivit dömda till böter om inte överlämnande till LVM hade varit aktuellt men i de flesta fall rör det sig om fall där påföljden hade varit ett fängelsestraff. Det rör sig således om en bestämmelse med mycket begränsat användningsområde i praktiken.

Åtalsprövning och åtalsunderlåtelse

I 46 § LVM anges att om någon som har beretts vård med stöd av denna lag är misstänkt för brott, för vilket inte föreskrivs strängare straff än fängelse i ett år och som hör under allmänt åtal, samt har brottet begåtts innan vården påbörjades eller under vårdtiden, ska åklagaren pröva om åtal lämpligen bör ske. I rättegångsbalken finns en bestämmelse om åtalsunderlåtelse för personer där psykiatrisk vård kommer till stånd. I 20 kap. 7 § 4 rättegångsbalken anges att åklagare får besluta att underlåta åtal för brott (åtalsunderlåtelse) under förutsättning att något väsentligt allmänt eller enskilt intresse ej åsidosätts om psykiatrisk vård eller insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade kommer till stånd. Bestämmelsen i RB skiljer sig i förhållande till bestämmelsen i LVM på så sätt att den kan tillämpas även om personen inte bereds vård när brottets begicks och den gäller både tvångsvård och frivillig vård. Enligt Riksåklagarens riktlinjer handlar åklagarprövningen främst om att bedöma om vården/insatserna både är lämpligast för den misstänkte och tillräckliga med hänsyn till brottets art. Det krävs en uppgift om att vården kommer/ska komma/har kommit till stånd från vårdgivaren eller annan källa som bedöms vara tillförlitlig. Förutsättningen ”att något väsentligt allmänt eller enskilt intresse inte åsidosätts” är avsett att utgöra en spärr mot åtalsunderlåtelse i fall där den misstänktes psykiska tillstånd inte gör det motiverat att denne undgår rättegång och brottspåföljd.⁵³ Skäl för åtal kan vara att brottet är grovt eller att saken behöver utredas inför domstol.

⁵³ Gylling mfl. S. 138.

Tabell 6.1 Antal åtalsunderlåtelse

			2020	2021
FU inleds inte	FU-begränsning (åtalsunderlåtelse)	Psykiatrisk vård	3	6
		LSS	3	1
FU läggs ned	FU-begränsning (åtalsunderlåtelse)	Psykiatrisk vård	359	300
		LSS	238	241
		LVM	1	1

Källa: Åklagarmyndigheten.

Skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan (Kontraktsvård)

Skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan, även kallat kontraktsvård⁵⁴, innebär att en dömd person får behandling i stället för fängelse. Personen förklarar sig villig att genomgå behandlingen genom att skriva under ett kontrakt. Om personen avbryter behandlingen eller på annat sätt allvarligt missköter sig rapporteras det till åklagaren. Domen kan då ändras till fängelse i en ny rättegång. I kontraktet finns en plan för behandling av det problem som ligger bakom brottet. Det kan vara skadligt bruk eller beroende av narkotika/alkohol, våldsbenägenhet och spelberoende. Behandling kan också vara att få stöd att bryta kriminella tankar och värderingar. Före rättegången utreder och bedömer frivården om klienten skulle vara mottaglig för behandling och om det finns ett lämpligt behandlingsalternativ. Det är klientens situation, behov och brottets art som styr vilken form kontraktsvården har. Ett program på behandlingshem innebär att klienten bor på hemmet under behandlingsperioden. I öppenvård bor den dömda hemma under vårdtiden. Klienter kan även dömas till att medverka i Kriminalvårdens behandlingsprogram, då sker möten på frivårdskontoret.

En sökning i rättsdatabasen JUNO visar på att det finns över 1 200 tingsrättsdomar per år där personer dömts till kontraktsvård.

⁵⁴ Benämns som kontraktsvård fortsatt i detta kapitel.

Utlussningsåtgärder

Vårdvistelse

Av 11 kap. 3 § FäL framgår att vårdvistelse får beviljas den som har behov av vård eller behandling mot missbruk av beroendeframkallande medel eller mot något annat särskilt förhållande som kan antas ha samband med hans eller hennes brottslighet, om det inte finns någon beaktansvärd risk för att den intagne kommer att begå brott, undandra sig straffets fullgörande eller på annat sätt allvarligt missköta sig. Vårdvistelse innebär att en intagen är placerad i ett sådant hem som avses i 6 kap. 1 § SoL. Vårdvistelse är en så kallad särskild utlussningsåtgärd. Vid kortare strafftider kan det vara svårt att hinna förbereda för sådana åtgärder, till exempel en vårdvistelse.⁵⁵ En stor andel av Kriminalvårdens klienter med kortare strafftider blir därmed aldrig aktuella för någon av de särskilda utlussningsåtgärderna. Enligt Kriminalvårdens allmänna råd bör det vid prövningen av om en intagen ska beviljas vårdvistelse bland annat beaktas om denne har behov av vård eller behandling för drogmisshandling, spelberoende eller psykiatrisk problematik. Av Kriminalvårdens rutiner följer bland annat att huvudregeln är att placering ska ske hos vårdgivare som har ramavtal med Kriminalvården. Placering kan ske i HVB eller i familjehem. En utgångspunkt för att bevilja vårdvistelse bör vara att den intagne kan antas fullfölja hela den planerade behandlingen. Initiativ till vårdvistelse kan göras av den intagne, personal på anstalt, frivården eller socialtjänst.⁵⁶

Antalet vårdvистер var 445 under år 2021, varav 305 fullföljdes.⁵⁷

6.9.2 Skälen för förslaget

Vi föreslår att bestämmelsen om överlämnande till vård enligt brottsbalken 31 kap. 2 § ska upphävas. Vi har övervägt att det i stället ska införas en motsvarande bestämmelse i LPT men kommit fram till att det inte finns tillräckligt starka skäl för att införa en sådan bestämmelse. Som vi beskrivit ovan används bestämmelsen i brottsbalken i mycket begränsad omfattning och vanligtvis för personer som redan bereds vård enligt LVM. Det bedöms därför inte medföra några

⁵⁵ Kriminalvården, 2022, KOS 2021 – Kriminalvård och statistik.

⁵⁶ Kriminalvården, 2012, Kriminalvårdens handbok om särskilda utlussningsåtgärder (2012:7).

⁵⁷ Kriminalvården, 2022, KOS 2021 – Kriminalvård och statistik.

betydande konsekvenser av att upphäva bestämmelsen om överlämnande till LVM enligt brottsbalken. Vi menar också att det finns andra möjligheter att säkerställa att en person som dömts för brott får vård och behandling. Det gäller åklagarens möjlighet att besluta om åtalsunderlåtelse för personer där psykiatrisk vård kommer till stånd. För en person som har ett skadligt bruk eller beroende och som blir dömd för brott, innebär möjligheten till kontraktsvård eller vårdvistelse att personen kan erbjudas vård under tiden för straffet. För unga personer eller personer som lider av en allvarlig psykisk störning vid domstillfället kan domstolen överlämna personen till vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, eller lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, förkortad LSU, respektive lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Att införa en bestämmelse i brottsbalken om överlämnade till vård enligt LPT för personer med allvarligt skadligt bruk eller beroende, skulle innebära att vissa personer som behöver psykiatrisk vård efter att ha bedömts ansvariga för en brottslig gärning kan överlämnas till vård enligt LPT. Andra personer, de som lider av en allvarligt psykisk störning, skulle i stället, som i dag, överlämnas till vård enligt LRV. Det anser vi riskerar bli en svårtillämpad reglering.

Förslagen kan dock även få konsekvenser när det gäller kontraktsvård och vårdvistelse. När det gäller kontraktsvård bedömer vi att den nya ansvarsfördelningen kan ha positiva konsekvenser genom att tillgången till öppenvård för skadligt bruk eller beroende ökar och i högre grad samordnas med vård för andra psykiatriska tillstånd. När det gäller heldygnsvård kan det försvåras av att ytterligare en huvudman i form av regionerna blir inblandade. Vi bedömer att slutenvård som regel inte kommer att ges i regionen under, så lång tid som det ibland kan vara fråga om när det gäller kontraktsvård. Däremot kan HVB även fortsatt vara aktuellt. I en sådan situation kommer kriminalvården, efter domen, ta kontakt med socialtjänsten som inför en placering på HVB, enligt vårt förslag i delbetänkandet, ska kalla regionen till samordnad individuell planering. Detta bör ske även när det gäller kontraktsvård trots att det är Kriminalvården som placerar på HVB i dessa fall. Enligt vårt förslag är det regionen som ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatserna på HVB. De bör därför vara med initialt och planera vården. Liknande resonemang kan föras om vårdvistelse.

Av våra förslag följer också att regionen blir betalningsansvarig för hälso- och sjukvårdsinsatserna på HVB under den tid av placeringarna som inte Kriminalvården betalar för. I praktiken kan svårigheter uppstå i den process vi föreslår. Det är därför viktigt att regioner och kommuner har utarbetade rutiner för hur ansvaret ska fördelas för insatser på ett HVB vid kontraktsvård eller vårdvistelse, efter den villkorliga frigivningen. Vi bedömer också att det är en förutsättning att Kriminalvården upphandlar HVB-hem som är vårdgivare enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

Trots möjligheterna att lösa de svårigheter som kan uppstå konstaterar vi att det finns risker med ett system som ställer krav på samverkan och delat betalningsansvar mellan flera aktörer. Ett mer sammanhållet ansvar för vården är också målsättningen med våra övriga förslag. Under utredningsarbetet har vi också fått signaler om att Kriminalvårdens ser ett behov av ett förbättrade förutsättningar för den hälso- och sjukvård de bedriver och att samverkan med andra aktörer under och efter ett frihetsberövande straff behöver utvecklas. Detta bekräftas också av rapporter om utslussningen från Kriminalvård som Brå har gjort och som beskrivs närmare i avsnitt 4.6.1.

Narkotikautredningen S 2022:01 har bland annat i uppdrag föreslå om och i så fall hur vård- och stödinsatser kan erbjudas på ett mer systematiskt sätt till personer som döms för ringa narkotikabrott samt hur samverkan kan stärkas så att vårdkedjorna håller ihop när SiS eller Kriminalvårdens ansvar upphör. Narkotikautredningens uppdrag är således avgränsad till ringa narkotikabrott när det gäller vård- och stödinsatser.

Vi ser ett behov av en bredare utredning, som ser över möjligheterna till adekvat vård och behandling för både somatiska och psykiatriska tillstånd för personer som har döms till en kriminalvårdspåföljd oavsett brottstyp. Därför gör vi bedömningen att regeringen bör tillsätta en utredning för att utreda hur tillgången och kvaliteten till vård och behandling kan öka för personer som har fått en sådan påföljd. Utredningen bör omfatta möjligheten till behandling som alternativ till straff, Kriminalvårdens förutsättningar att bedriva hälso- och sjukvård, samt hur samverkan med socialtjänst och hälso- och sjukvård kan förbättras, till exempel genom att Kriminalvården får möjlighet att kalla till SIP.

Utifrån de förslag vi lämnar i delbetänkandet och i detta betänkande behöver Polismyndigheten, Åklagarmyndigheten, Riksåkla-

garen och Kriminalvården se över föreskrifter, allmänna råd och rutiner för att anpassa dessa efter att regionen ansvarar för all behandling av skadligt bruk och beroende med och utan samtycke. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås i delbetänkandet få i uppdrag att följa reformen. I detta uppdrag bör även ingå att säkerställa att relevanta myndigheter genomför de följdändringar som krävs med anledning av reformen.

7 Syfte och förutsättningar för sluten och öppen psykiatrisk tvångsvård

7.1 Syftet med tvångsvården

Bedömning: Syftet med tvångsvården i 2 § i LPT behöver inte förändras med anledning av att lagen ska omfatta även allvarligt skadligt bruk eller beroende.

7.1.1 Bakgrund

Tvångsvård med stöd av LPT ska, enligt 2 §, syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Enligt förarbetena avses bestämmelsen ange huvudinriktningen för den psykiatriska tvångsvården. Detta med utgångspunkten att psykiatriska insatser utan medverkan av patienten inte kan förväntas leda till psykiskt tillfrisknande och att vårdåtgärder med tvång därför, principiellt sett, måste vara undantagsföreteelser av temporär art. Vårdåtgärder som likväl måste vidtas utan patientens medgivande ska därför inriktas på att skapa förutsättningar för en tillfredsställande behandlingskontakt i frivillig form så snart det låter sig göras.¹ Syftesbestämmelsen gäller vid såväl öppen som sluten psykiatrisk tvångsvård.

Tvångsvård med stöd av LVM ska, enligt 3 §, syfta till att motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Denna bestämmelse beskrivs i förarbetena utgöra både

¹ Prop. 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 237.

ett kortsiktigt mål (motivation till frivillig vård) och ett långsiktigt mål (frihet från missbruk).²

En skillnad mellan LPT och LVM är att enligt LPT ska vården upphöra när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård (27 §) medan vården enligt LVM ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården pågått i sex månader (20 §). LVM kopplar alltså vårdens upphörande till syftet med tvångsvården medan LPT-vården knyter vårdens upphörande till att förutsättningarna inte längre är uppfyllda. I avsnitt 7.2 går vi igenom förslag på hur förutsättningarna ska utformas.

7.1.2 Skäl för bedömningen

En syftesbestämmelse fyller funktionen att sätta gränser för i vilket syfte lagen får användas och tjäna som en rättningslinje vid tolkningen av de enskilda bestämmelserna. Syftesbestämmelsen kan sägas vara positivt handlingsdirigerande genom att man vid val av olika åtgärder måste ha siktet inställt mot syftet.³ Bestämmelsens handlingsdirigerande funktion kommer också till explicit uttryck i 16 och 17 §§ LPT (6 § LRV) där det framgår att vårdplanen ska ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå. I avsnitt 8.3.1 föreslår vi att 16 § kompletteras så att även planerade utredningsåtgärder ska anges. Enligt 17 § ska behandlingsåtgärderna anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket. Syftesbestämmelsen anger därvid inom vilken ram psykiatrisk behandling får ske under tvångsvård och preciserar ändamålet med och inriktningen av tvångsvården.⁴

Syftet med beslutad tvångsvård är alltså något annat än de förutsättningar i 3 § LPT som ska vara uppfyllda för att tvångsvård över huvud taget ska kunna beslutas. För att tvångsvård enligt LPT ska kunna komma i fråga även för personer med skadligt bruk eller beroende måste förutsättningarna kompletteras vilket framgår i det följande.

² Prop. 1987/88:147, Tvångsvård av vuxna missbrukare, m.m., s. 90.

³ Gustafsson 2010, Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet, s. 125 f.

⁴ Prop. 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 136.

Vi menar emellertid att syftesbestämmelsen ska vara gemensam för all vård som bedrivs enligt lagen oavsett vad som är orsaken till patientens psykiatriska tillstånd.

Redan i delbetänkandet gav vi också uttryck för uppfattningen att syftet med tvångsvården inte enbart bör inriktas på att komma ifrån det skadliga bruket eller beroendet utan syftet bör också omfatta mål som förbättrad funktionsförmåga och hälsa.

Den nuvarande bestämmelsen ger enligt vår uppfattning, i förhållande till LVM, utrymme för det bredare perspektiv på insatsernas mål som vi vill uppnå. Den understryker också att tvångsvård är ett undantag och att vården ska ske med målet att den ska övergå i frivillig form så snart som möjligt. Ingreppet sker för skydda patientens liv och hälsa så att hen har förutsättningar att ta emot frivilliga insatser på de hälsoområden där det finns behov. Detta ligger väl i linje med vår syn att tvångsvård ska användas för att undvika död och allvarlig sjukdom och vara en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja, vilket vi utvecklar i kapitel 8. Därför är vår bedömning att den nuvarande syftesbestämmelsen i LPT kan bibehållas även i fråga om tvångsvård av personer med skadligt bruk eller beroende.

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.

7.2.1 Bakgrund

Förslaget innebär att förutsättningarna för tvångsvård kompletteras så att tvångsvård får ges, förutom när en allvarlig psykisk störning föreligger, också när patienten har ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Förslaget innebär också att bestämmelsen om att patientens farlighet ska beaktas vid bedömningen av vårdbehovet gäller både vid allvarlig psykisk störning, som i dag, och vid ett allvarligt

skadligt bruk eller beroende. Övriga förutsättningar för tvångsvård förändras inte. Vårt förslag innebär sålunda att en förutsättning för tvångsvård enligt LPT blir att patienten lider av en allvarlig psykisk störning *eller* av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. En patient som tagits in för att förutsättningarna för en allvarlig psykisk störning var uppfyllda kan i ett senare skede behöva fortsatt vård för att kriterierna för ett allvarligt skadligt bruk eller beroende är uppfyllda, även om de för allvarlig psykisk störning inte längre är det. Det kan också vara tvärtom att kriterierna för allvarligt skadligt bruk eller beroende är uppfyllda vid intagningen men att vården senare behöver fortgå för att en allvarlig psykisk störning föreligger. Vilken grund som utgör förutsättning för tvångsvård ska inte påverka vården som patienten får utan det avgörs av de individuella behoven i varje enskilt fall. Det behövs ingen ny vårdintygsbedömning eller nytt intagningsbeslut om grunden för intagning ändras från allvarlig psykisk störning till allvarligt skadligt bruk eller beroende, eller tvärtom.

Den viktigaste fördelen med att särreglera skadligt bruk eller beroende, och därmed skilja det från allvarlig psykisk störning, är att de straffrättsliga bestämmelserna i brottsbalken eller LRV inte påverkas av att förutsättningarna för tvångsvård i LPT ändras. Genom att målgruppen särskilt nämns tydliggörs också att personer med skadligt bruk eller beroende kan vårdas enligt LPT under vissa förutsättningar. Det ger också anledning att beskriva begreppets innebörd i förarbetena, som vidare kan ligga till grund för att det utvecklas en tydlig domstolspraxis vilket stärker rättssäkerheten. En annan fördel med förslaget är att innebörden av begreppet allvarlig psykisk störning inte förändras, vilket gör att den praxis som utvecklats under 30 år inte påverkas.

Begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende

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.

Liksom en psykisk störning i förarbetena till LPT har ansetts vara av allvarlig art så länge *påtaglig risk*⁵ föreligger för att de psykiska symtomen återkommer om behandlingsinsatserna avbryts kan vården av det allvarliga skadliga bruket eller beroendet fortgå så länge det finns en konkret återfallsrisk. Risken ska gå att hänföra till patientens individuella hälsotillstånd och vara av sådan karaktär att det återigen föreligger en risk för patientens liv eller hälsa om den realiseras.

Att det ska föreligga ett oundgängligt vårdbehov innebär att det skadliga bruket eller beroendet bara kan behandlas, och att risken för patientens liv och hälsa bara kan undanröjas, genom att patienten är intagen på inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Vid bedömningen av vårdbehovet ska det även beaktas om personen kan vara farlig annans personliga säkerhet eller psykiska eller fysiska hälsa.

Vårdbehovet kan fortsätta att vara oundgängligt även en tid efter att patienten avgiftats och fått abstinensbehandling i syfte att patientens tillstånd ska bli stabilt och för att öka förutsättningarna för att planera och inleda fortsatt behandling och stöd.

Nedan beskriver vi nuvarande bestämmelser innan vi utvecklar förslaget innebär, redogör för motiven till förslaget, diskuterar vilka alternativ vi övervägt, samt analyserar vilka risker det kan finnas med förslaget.

⁵ Detta avses i förarbetena till LVU beskriva att den risk som skall föreligga skall vara konkret, dvs. det skall finnas konkreta omständigheter som ger belägg för att risk för skada föreligger. Det får inte vara fråga om subjektiva antaganden och inte heller får ovidkommande omständigheter läggas till grund för ett tvångsomhändertagande. Prop. 1989/90:28 om vård i vissa fall av barn och ungdomar, s. 63.

7.2.2 Nuvarande bestämmelser

Lagen om psykiatrisk tvångsvård

I 3 § första stycket LPT anges förutsättningarna för vård. Där framgår att tvångsvård endast får ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård, eller
2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.

Ytterligare en förutsättning för tvångsvård är, enligt andra stycket, att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller att det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning utgör enbart en utvecklingsstörning. Vid bedömningen av vårdbehovet ska det även beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Förutsättningarna i 3 § LPT är kumulativa; de ska vara uppfyllda samtidigt såväl i samband med intagningen som under tiden därefter.⁶ Av 27 § LPT framgår att när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård, ska chefsöverläkaren genast besluta att tvångsvården ska upphöra. Frågan om tvångsvårdens upphörande ska övervägas fortlöpande. Det betyder i princip att tvångsvården bör upphöra så snart förutsättningarna brister i något hänseende.⁷ I förarbetena påpekas dock att inget hindrar att låta tvångsvården övergå i frivillig form utan att patienten behöver lämna vårdinrättningen.⁸ Lagstiftaren har dock utgått från att det kan bereda vissa praktiska svårigheter att bedöma när en vårdförutsättning brister. Exempelvis kan patienten samtycka till vård vid ett visst tillfälle under vårdtiden men inte vid ett annat och då måste det värderas om ett samtycke är allvarligt

⁶ Prop. 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 82 och 238.

⁷ Prop. 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 268.

⁸ Prop. 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 158.

menat och verkligen inbegriper all den vård som oundgängligen behövs.⁹ Även det psykiatriska tillståndet kan fluktuera. Vid bedömningen av om det föreligger en allvarlig psykisk störning måste hänsyn tas till växlingar i tillståndet och risken för återfall om vård eller behandling avbryts för tidigt. Den psykiska störningen har i förarbetena ansetts vara av allvarlig art så länge påtaglig risk föreligger för att de psykiska symtomen återkommer om behandlingsinsatserna avbryts.¹⁰

I proposition 1990/91:58 s. 86 utvecklas innebörden av begreppet allvarlig psykisk störning genom ett resonemang om ett antal psykiatriska diagnoser som ska bedömas som en allvarlig psykisk störning. Det framgår också att en störning kan vara allvarlig både med hänsyn till sin art och till sin grad. Exempelvis anges att schizofreni alltid är allvarlig till sin art men inte behöver vara det till sin grad om patienten inte har några påtagliga psykossymtom. Omvänt är depression inte allvarlig till sin art men kan vara det till sin grad exempelvis om det föreligger suicidrisk. Vissa tillstånd kopplat till beroende är enligt förarbetena att betrakta som en allvarlig psykisk störning. Det gäller främst när intag av substanser leder till psykotiska episoder eller andra allvarliga psykiatriska tillstånd.

När det gäller bedömningen av om det finns ett oundgängligt behov av vård på en sjukhusinrättning är det framför allt risken för att patientens liv är i fara eller för att patientens hälsa allvarligt ska försämrans som ska vara avgörande. Vårdbehovet ska inte kunna tillgodoses på något alternativt sätt och det måste föreligga i det aktuella skedet, det räcker inte med att det finns ett vårdbehov på sikt.¹¹ Vårdbehovets oundgänglighet ska prövas inte endast med utgångspunkt i det psykiska störningstillståndet utan också med hänsyn till patientens levnadsförhållanden och hans relationer till omgivningen. Kan patienten få tillräckligt stöd i sin egen hemmiljö med hjälp av någon anhörig eller kommunens socialtjänst får tvångsvård inte ges.

⁹ Prop. 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 158.

¹⁰ Prop. 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 87.

¹¹ Se om aktualitetsprincipen, Gustafsson, E, 2010, Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet s. 147.

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

För tvångsvård enligt LVM krävs dels att den s.k. generalindikationen föreligger, dels att någon av de tre specialindikationerna är uppfyllda.

Generalindikationen anger de grundläggande krav som alltid måste vara uppfyllda för lagens tillämplighet. Tvångsvård ska beslutas om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika, eller flyktiga läsningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på annat sätt.

Specialindikationerna, av vilka en måste föreligga vid ingripandetillfället, är att den enskilde till följd av missbruket a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller c) kan befaras komma att allvarlig skada sig själv eller någon närstående.

Begreppet *missbruk* har inte definierats i lagen men har i förarbetena beskrivits som en konsumtion som leder till allvarliga följder i form av medicinska eller sociala problem.¹² Vidare har uttalats att för att man ska kunna tala om missbruk av *alkohol* måste det röra sig om en inte alltför obetydlig konsumtion.¹³ Vad gäller *narkotika* avses med narkotikamissbruk, enligt förarbetena, allt icke-medicinskt bruk. Ett missbruk av *flyktiga läsningsmedel* anses föreligga vid inandning i berusningssyfte.

För LVM:s tillämplighet krävs även att missbruket är *fortgående*. Med ett fortgående missbruk av *alkohol* avses att missbruket ska ha en viss varaktighet, det får inte röra sig om en tillfällig överkonsumtion, även om det i sig skulle kunna innebära en hälsorisk. Även missbruk som återkommer i perioder kan omfattas av lagen, om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda.¹⁴ Med ett fortgående missbruk av *narkotika* avses enligt förarbetena i princip allt injektionsmissbruk samt dagligt eller så gott som dagligt missbruk oberoende av intagningssätt och medel.¹⁵ Ett fortgående missbruk av *flyktiga läsningsmedel* anses föreligga vid ett dagligt eller annars regelbundet återkommande missbruk.

¹² Prop. 1987/88:147 Tvångsvård av vuxna missbrukare m.m., s. 40.

¹³ Prop. 1981/82:8 om lag om vård av missbrukare i vissa fall, m.m., s. 75.

¹⁴ Prop. 1981/82:8 om lag om vård av missbrukare i vissa fall, m.m., s. 74.

¹⁵ Prop. 1981/82:8 om lag om vård av missbrukare i vissa fall, m.m., s. 75.

För att förutsättningarna enligt LVM ska vara uppfyllda krävs även att den enskilde är i behov av vård. Ursprungligen ställdes också ett krav på att vårdbehovet skulle vara *trängande* men det togs bort vid revideringen av lagen 1988. Syftet med förändringen var att det skulle vara möjligt att ingripa inte bara i de mest akuta skedena utan även tidigare om den enskilde har ett fortgående missbruk som leder till att någon av specialindikationerna blir uppfyllda.

Enligt vår genomgång av hundra förvaltningsrättsdomar från 2021 är den vanligaste specialindikationen som åberopas för tvångsvård hälsoindikationen (a), som kräver att den enskilde utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara. Oftast ges fysiska konsekvenser som förhöjda levervärden stor betydelse vid prövningen. Risken ska vara allvarlig men det räcker med att risk föreligger, skadan behöver inte ha uppkommit.

Indikationen att den enskilde löper uppenbar risk att förstöra sitt liv, den sociala indikationen (b), tillkom också vid revideringen 1988. Syftet var att det skulle göra det möjligt att ingripa tidigare för att vårda yngre missbrukare, men bestämmelsen har ingen åldersgräns och är tillämplig även i fråga om äldre personer med missbruk.

Den tredje indikationen, skadeindikationen (c), avser två olika situationer, dels då den enskilde kan befaras komma att allvarligt skada sig själv, dels då han eller hon kan befaras komma att allvarligt skada någon närstående. Ett lagstadgat skydd mot skada till följd av någon annans missbruk har av lagstiftaren befunnits nödvändigt eftersom åtalreglerna inte ansetts ge tillräckligt skydd. Möjligheterna till straffrättsliga ingripanden har inte tett sig som en framkomlig väg för en anhörig som är känslomässigt bunden till en person med missbruk. Närståendeskyddet har vidare ansetts kunna motiveras utifrån den synpunkten, att skyddet föreligger redan vid *fara för* allvarlig skada, till skillnad från straffrättsliga ingripanden som förutsätter ett fullbordat brott eller ett åtalbart försök till brott. Brottsbalkens regler har därför inte ansetts tillräckliga för att skydda anhöriga från befarat våld. Vad gäller risken för skada på personen som har ett missbruk själv åsyftas risken för självmord. Att detta nämnts särskilt beror på, att det från lagstiftarens sida tett sig främmande att hänföra självmord under hälsoindikationen. Det har dock ansetts uppenbart att ett ingripande måste kunna ske i sådana fall när självmordsrisk föreligger.

Grundlagsskydd och internationella konventioner

Såväl regeringsformen, förkortad RF, som den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad EKMR, ger ett skydd mot frihetsberövande och värnar den enskildes rättssäkerhet.¹⁶ Av relevans är även konventionen, och dess fakultativa protokoll, om rättigheter för personer med funktionsnedsättning,¹⁷ förkortad CRPD, som för Sveriges del trädde i kraft den 14 januari 2009, samt Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter, förkortad barnkonventionen, som också gäller som svensk lag.

Regeringsformens rättighetskydd

En viktig princip i den offentligrättsliga lagstiftningen är legalitetsprincipen – den offentliga makten utövas under lagarna (1 kap. 1 § RF). Principen innebär att samtliga samhällsorgan är underkastade rättsordningens regler vilket förstärks ytterligare av kravet i 2 kap. 20 § RF, att begränsningar av vissa grundläggande fri- och rättigheter endast få ske genom lag. Exempel på sådana rättigheter är skyddet från påtvingat kroppsligt ingrepp, kroppsvisitation och undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse i 2 kap. 6 §, och skyddet mot frihetsberövande i 2 kap. 8 §. Legalitetsprincipen fungerar som en garanti för rättssäkerheten genom att det ställs sådana krav på lagstiftningen att medborgarna kan förutse hur till exempel en domstol kan komma att besluta i visst fall. Härmed följer också kravet på en klar och tydlig lag.

Europakonventionen

Artikel 5 i den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad EKMR, ger var och en rätt till frihet och personlig säkerhet. Av artikeln framgår att ingen får berövas friheten utom i de fall som anges i artikeln – bland annat vid psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och drogmissbruk – och i den ordning som lagen föreskriver och att det

¹⁶ 2 kap. 8 § RF och artikel 5 EKMR.

¹⁷ SÖ 2008:26.

är lagligt (5.1. e). Artikel 5 bygger på principen att varje frihetsberövande måste ha stöd i lag och det måste falla inom någon av de kategorier som räknas upp i artikeln. När det gäller psykisk sjukdom har Europadomstolen haft att ta ställning till frihetsberövandets konventionsenlighet i ett antal fall och därvid utvecklat vissa vägledande principer. Det måste, utom i brådskande fall, krävas att personen i fråga a) på ett tillförlitligt sätt och med stöd av objektiv medicinsk sakkunskap visats lida av psykisk sjukdom, b) den själsliga störningen måste vara av sådan art och grad och av sådan omfattning att det motiverar ett frihetsberövande, c) frihetsberövandet får endast fortsätta så länge den själsliga störningen består¹⁸ och d) verkställigheten måste ske på ett sjukhus eller i annan lämplig anstalt.¹⁹ Artikel 5 innebär att det måste finnas stöd för åtgärden i inhemsk lag, men lagen måste också vara av viss kvalitet. Den måste vara tillräckligt tydlig för att ett frihetsberövande som grundar sig på lagen är rimligt förutsebart. Lagen måste också vara allmänt tillgänglig.

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Syftet med Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, CRPD, är att främja, skydda och säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning och att främja respekten för deras inneboende värde (artikel 1). Personer med funktionsnedsättning innefattar bland annat personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra.

Artikel 3 innehåller ett antal allmänna principer som är vägledande vid tolkningen av övriga artiklar. Det handlar bland annat om respekten för människans inneboende värde och individuellt

¹⁸ Utesluter dock inte att det kan anses konventionsenligt att vänta med utskrivning tills åtgärder vidtagits för att underlätta anpassningen i samhället och undvika återfall i sjukdom. Se E Gustafsson 2010 s. 65 och Moa Kindström Dahlin, *Psykiatrirätt, intressen, rättigheter & principer*, Jure Förlag AB, Stockholm 2014, s. 178 och där anförda domstolsavgöranden.

¹⁹ E. Gustafsson, 2010, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet* s. 62 ff., E. Gustafsson, 2001, *Missbrukare i rättsstaten*, s. 90 ff., Moa Kindström Dahlin, *Psykiatrirätt, intressen, rättigheter & principer*, Jure Förlag AB, Stockholm 2014, s. 175 f.

självbestämmande innefattande frihet att göra egna val (a), icke-diskriminering (b)²⁰ och jämställdhet mellan kvinnor och män (g).

Artikel 12 behandlar likhet inför lagen. Personer med funktionsnedsättning åtnjuter rättskapacitet på lika villkor som andra i alla hänseenden och ska ha tillgång till det stöd de kan behöva för att utöva sin rättskapacitet. Konventionsstaterna ska säkerställa att alla åtgärder som hänför sig till utövandet av rättskapacitet tillgodoser en ändamålsenlig garanti för att förhindra missbruk i enlighet med de mänskliga rättigheterna. Sådana garantier ska säkerställa att alla åtgärder hänförliga till rättskapaciteten respekterar personens rättigheter, önskemål och preferenser, är fria från motstridiga intressen och otillbörlig inverkan, proportionella och anpassade till personens förhållanden, sätts in under kortast möjliga tid samt är föremål för regelbunden översyn av en behörig, oberoende och opartisk myndighet eller rättsligt organ.

Enligt artikel 14 ska konventionsstaterna säkerställa att personer med funktionsnedsättning på lika villkor som andra åtnjuter rätt till frihet och personlig säkerhet (1 a), inte berövas sin frihet olagligen eller godtyckligt, att varje frihetsberövande sker i enlighet med lagen samt att förekomst av funktionsnedsättning inte i något fall ska rättfärdiga frihetsberövande (1 b). Konventionsstaterna ska säkerställa att om personer med funktionsnedsättning berövas sin frihet genom något förfarande, är de på lika villkor som andra berättigade till garantier i enlighet med de mänskliga rättigheterna och ska behandlas i enlighet med syftena och principerna i CRPD (2).

I propositionen om Sveriges tillträde till konventionen konstaterade regeringen bland annat att LPT innehåller strikta regler om tvångsvård av den som p.g.a. en allvarlig psykisk störning under en begränsad tid behöver sådan vård och om rätten att få stödperson och offentligt biträde vid rättegång. De nämnda bestämmelserna ansågs ge den som behöver hjälp och stöd för att utöva sin rättskapacitet ett tillfredsställande skydd och stöd och innebära verk samma garantier av det slag som i övrigt avses i artikel 12.²¹ I propositionen anfördes också att Sverige utan lagändringar kunde ställa sig bakom

²⁰ Enligt artikel 2 avses med ”diskriminering på grund av funktionsnedsättning” varje åtskillnad, undantag eller inskränkning på grund av funktionsnedsättning som har till syfte eller verkan att inskränka eller ominstegöra erkännande, åtnjutande eller utövande på samma villkor som andra av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på det politiska, ekonomiska, sociala, kulturella och civila området eller på andra områden. Det omfattar alla former av diskriminering, inklusive underlåtenhet att göra skälig anpassning.

²¹ Prop. 2008/09:28, Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning, s. 42.

kraven i artikel 14 bland annat därför att LPT och LRV är föremål för en mer eller mindre ständig översyn, liksom den psykiatriska vården i stort.²²

CRPD ger i sig inte uttryck för att tvångsvård skulle vara förbjudet.²³ Kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning, som övervakar staternas implementering av konventionen, har emellertid till Sverige uttryckt sin oro över att svensk lag tillåter psykiatrisk tvångsvård. Kommittén rekommenderade därför Sverige att vidta alla nödvändiga lagstiftningsmässiga, administrativa och rättsliga åtgärder för att försäkra att ingen vårdas mot sin vilja i en vårdinrättning beroende på ett funktionshinder. Vidare rekommenderas Sverige att garantera att all psykiatrisk vård grundas på ett frivilligt och informerat samtycke.²⁴ Kommittén lämnade därefter, i oktober 2018, en lista med frågor inför Sveriges sammanslagna andra och tredje rapport.²⁵ Bland annat frågade kommittén vilka åtgärder som vidtagits för att upphäva lagstiftning eller undanröja praxis som tillåter tvångsvård för personer med intellektuell och/eller psykosocial funktionsnedsättning. Kommittén ville också ha svar på vilka åtgärder, inklusive en genomgång av LPT och LRV, som vidtagits för att garantera kravet på frivilligt och informerat samtycke som styrande standard för all vård.

Regeringen svarade sammanfattningsvis att inga särskilda åtgärder vidtagits för att *upphäva* lagstiftningen om tvångsvård. Däremot framhölls att det sedan 2014 tagits en rad initiativ för att säkerställa kvalitet och säkerhet i de insatser som ges, bland annat vad avser patientens delaktighet i tvångsvården. Vidare hänvisades till patientlagen, att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras, samt att hälso- och sjukvård inte får ges utan samtycke utan stöd i lag. Det klargjordes även att tvångsvård inte får ges om det endast handlar om en utvecklingsstörning eller någon annan funktions-

²² Prop. 2008/09:28, Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning, s. 44. Se även Anna Nilsson, Psykiatrisk tvångsvård: tillåten (sär)-behandling eller otillåten diskriminering, Förvaltningsrättslig tidskrift, häfte 5 2018, som bl.a. menar att starka skäl talar mot att tillåta psykiatrisk tvångsvård i syfte att förhindra våldsbrottslighet. Hon efterlyser också en konsekvent hantering av frågor angående beslutsförmåga i relation till rätten att samtycka till och avstå från hälso- och sjukvård.

²³ Exempelvis Australien, Irland, Nederländerna och Norge har deklarerat att CRPD tillåter tvångsvård under vissa förutsättningar. Se Anna Nilsson, Psykiatrisk tvångsvård: tillåten (sär)-behandling eller otillåten diskriminering, Förvaltningsrättslig tidskrift häfte 5 2018.

²⁴ Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of Sweden, CRPD/C/SWE/CO/1, 12 maj 2014, paragraph 35–36.

²⁵ United Nations (2018), List of issues prior to submission of the combined second and third periodic report of Sweden, CRPD/C/SWE/QPR/2-3.

nedsättning och att det inte finns lagstöd för att ge tvångsvård till personer med psykosociala svårigheter.²⁶

Konventionen om barnets rättigheter

Barnkonventionen gäller sedan 2020 som svensk lag. I konventionen finns flera bärande principer. En är den i artikel 3 om barnets bästa som ska ses som ett tillvägagångssätt i beslutsprocesser. För att principen om barnets bästa ska förverkligas måste myndigheter och organisationer som fattar beslut som rör barn bedöma och fastställa barnets bästa genom barnanpassade förfaranden. En annan bärande princip är den om barnets rätt att uttrycka sin åsikt i artikel 12.1. Konventionsstaterna ska tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Artikeln återspeglar det förhållningssätt till barnet som konventionen uttrycker, nämligen barnet som bärare av rättigheter och som ska vara delaktig i och ha inflytande över sitt liv.

Särskilt om vilka substanser som kan föranleda tvångsvård

Gällande lagstiftning som på något sätt behandlar hanteringen av missbruk innehåller en disparat uppräkningslista av vad det är för substanser som avses. I 3 kap. 7 § SoL ska till exempel socialnämnden arbeta för att förebygga och motverka missbruk av *alkohol och andra beroendeframkallande medel* och missbruk av *spel om pengar*. Och enligt 5 kap. 1 § 4 SoL ska socialnämnden aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och unga av *alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel*. 5 kap. 9 a § SoL ålägger kommunen att ingå en överenskommelse med regionen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar *alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar*. Av förarbetena till den senare bestämmelsen framgår att exempel på *andra beroendeframkallande medel* är vissa flyktiga lösningssmedel, såsom thinner och lim. Ett beroendeframkallande medel kan också vara en sådan

²⁶ Regeringskansliet, Svar på frågor från FN-kommittén om rättigheter för personer med funktionsnedsättning Promemoria 2019-10-22, 10 a–10 i.

vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor under förutsättning att en sådan vara är beroendeframkallande. Det kan också dyka upp nya medel i framtiden som kan vara beroendeframkallande. När det gäller *läkemedel* och *dopningsmedel* omfattas alla sådana medel av 5 kap. 9 a § oavsett om de är beroendeframkallande eller inte.

Sättet att uttrycka sig i lagen torde i viss mån ha att göra med syftet med lagstiftningen och om det är fråga om frivillighet eller tvång. Formuleringarna i ovan refererade bestämmelser i SoL har en vidsträckt innebörd vilket kan tillskrivas, utifrån dagens lagstiftning, socialnämndens breda ansvar vid missbruk. Likaså vad gäller överenskommelse om samarbete med regionen.²⁷ Dock, 3 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, som i likhet med LVM också är en tvångslag, innehåller en mer vidsträckt formulering än LVM. Sålunda ska vård beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom *missbruk av beroendeframkallande medel*, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende. Med sådana medel avses alkohol, narkotika eller därmed jämförbara tekniska preparat som thinner men även allt icke medicinskt bruk av läkemedel. Detta har motiverats med att ett frekvent missbruk oavsett preparat kan innebära en allvarlig fara för den unge.²⁸

Som framgått ovan är begreppet *missbruk* inte definierat varken i LVM eller i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL. I förarbetena till LVM har det emellertid beskrivits som en konsumtion som leder till allvarliga följder för den enskilde i form av medicinska eller sociala problem.

I LVM ställs krav på ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel. Missbruk av annat slag, som inte faller in under dessa begrepp, såsom spelmissbruk, kan inte föranleda tvångsvård enligt lagen. Med *alkohol* menas enligt förarbetena sprit och alla sådana drycker som inte räknas som alkoholfria drycker enligt den då gällande lagen (1977:292) om tillverkning av drycker.²⁹ Det innebar bland annat att lättöl föll utanför.

Missbruk av *flyktiga lösningsmedel*, medel som sniffas, dvs. inandas i berusningssyfte, kunde initialt inte föranleda tvångsvård med

²⁷ Likalydande formulering i hälso- och sjukvårdslagen 16 kap. 3 § 2.

²⁸ Prop. 1979/80:1, om socialtjänsten, s. 582 f.

²⁹ Numera alkohollagen (2010:1622).

stöd av LVM. Med anledning av att det finns ett inte obetydligt antal vuxna personer med missbruk av sådana medel kompletterades lagen med detta vid revideringen 1988.

Generalindikationens *narkotikabegrepp* har samma innebörd som 8 § i narkotikastrafflagen (1968:64), förkortad NsL.³⁰ Med narkotika förstås sålunda läkemedel eller hälsofarliga varor med beroendeframkallande egenskaper eller euforiserande effekter eller varor som med lätthet kan omvandlas till varor med sådana egenskaper eller effekter och som 1) på sådan grund är föremål för kontroll enligt en internationell överenskommelse som Sverige har biträtt, eller 2) av regeringen har förklarats vara att anse som narkotika enligt lagen.³¹

Vid LVM:s revision 1988 ville regeringen att LVM skulle omfatta även ett missbruk av *icke narkotikaklassade medel*. Ett sådant missbruk skulle jämföras med missbruk av alkohol, narkotika och flyktiga lösningsmedel. I lagrådsremissen föreslogs därför att tvångsvård skulle beslutas vid ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller *annat beroendeframkallande medel*.³²

I förarbetena diskuterades olika uttryckssätt för att omfatta såväl flyktiga lösningsmedel som icke narkotikaklassade medel: beroendeframkallande medel och berusningsmedel som förekommer på olika områden i lagstiftningen. De som förordat begreppet *berusningsmedel* hävdade bland annat att man därmed utesluter till exempel tobak, te och kaffe, som kan betecknas som beroendeframkallande, och att begreppet hänför sig till det som är unikt med alkohol, narkotika och jämförbara medel, nämligen att de ger en berusning. Regeringen menade dock att en användning av begreppet berusningsmedel också skulle utesluta sådana medel som inte klassats som narkotika och som inte heller har effekten att vara berusande men som är starkt beroendeframkallande. Regeringen förordade därför begreppet *beroendeframkallande medel*.³³

Lagrådet hade dock invändningar mot det begreppet. Reglerna om narkotikaförklaring skulle ge tillräckliga möjligheter att komma till rätta med missbruksproblem när det gäller beroendeframkallande läkemedel. Samtidigt, anförde Lagrådet, fyller regleringen högt ställda krav på rättssäkerhet genom att det vid varje tillfälle står klart vad som är att anse som narkotika. Det kan knappast anses nödvändigt att vid

³⁰ Prop. 1987/88:147, Tvångsvård av vuxna missbrukare m.m., s. 40 f.

³¹ Förordning (1992:1554) om kontroll av narkotika, bilaga 1.

³² Prop. 1987/88:147 Tvångsvård av vuxna missbrukare m.m. s. 41 och 213.

³³ Prop. 1987/88:147 Tvångsvård av vuxna missbrukare m.m. s. 41.

sidan av regleringen rörande narkotika ha bestämmelser om tvångsvård av den som missbrukar icke narkotikaklassade läkemedel eller substanser. Även om begreppet beroendeframkallande medel förekommer i annan lagstiftning ansåg Lagrådet begreppet oklart till sin innebörd och att det skulle kunna tolkas så vidsträckt att det innefattar exempelvis tobak. Även om tobak kan utsätta en storrökare för allvarlig fara kan det knappast falla någon in att en sådan person skulle kunna utsättas för tvångsvård. Det är ändå inte acceptabelt, menade Lagrådet, att i lagtexten använda sådana begrepp som formaler kan tolkas på nämnda sätt, vilket kan leda till minskad respekt för lagstiftningen. Lagrådet förordade därför att det föreslagna begreppet beroendeframkallande medel skulle ersättas med flyktiga lösningsmedel.³⁴

Det sagda innebär att för LVM:s tillämplighet krävs att den missbrukade substansen faller in under de i lagen angivna begreppen. Det finns emellertid preparat som missbrukas men som inte omfattas av dessa definitioner. De kan däremot innefattas i annan lagstiftning till exempel läkemedelslagen, lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel (dopningslagen)³⁵ eller lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Tvångsvård enligt LVM kan då inte komma i fråga.³⁶

7.2.3 Närmare om förslaget

I detta avsnitt utvecklar vi vårt förslag om vilka förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård som ska gälla i LPT i fråga om skadligt bruk eller beroende.

³⁴ Prop. 1987/88:147 Tvångsvård av vuxna missbrukare m.m., s. 223.

³⁵ Enligt dopningslagen förbjuds bl.a. innehav av vissa i lagen angivna medel; syntetiska anabola steroider, testosteron och dess derivat, tillväxthormon, och kemiska substanser som ökar produktion eller frigörelse av testosteron och dess derivat eller av tillväxthormon.

³⁶ Utredningen om dopning, SOU 1996:126 Doping i folkhälsoperspektiv, ansåg att det inte fanns skäl att utsträcka LVM till att även omfatta sådana preparat. Däremot menade utredningen att det med stöd av nu gällande LVU skulle föreligga sådan möjlighet under hänvisning till att det kan vara fråga om ett socialt nedbrytande beteende. Se även E Gustafsson 2001 s. 302.

Allvarlig psykisk störning eller skadligt bruk eller beroende blir en av förutsättningarna för tvångsvård

Vårt förslag innebär att en förutsättning för tvångsvård enligt LPT blir att patienten lider av en *allvarlig psykisk störning* eller av *ett allvarligt skadligt bruk eller beroende* som båda är juridiska begrepp som utgår från psykiatriska tillstånd och dess konsekvenser. För att det ska kunna beslutas om tvångsvård, och för att tvångsvården ska kunna fortgå, måste patientens tillstånd bland annat uppfylla förutsättningarna för en allvarlig psykisk störning *eller* för ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. En patient som tagits in för att förutsättningarna för en allvarlig psykisk störning var uppfyllda kan i ett senare skede behöva fortsatt vård för att kriterierna för ett allvarligt skadligt bruk eller beroende är uppfyllda, även om de för allvarlig psykisk störning inte längre är det. Det kan också vara tvärtom att kriterierna för allvarligt skadligt bruk eller beroende är uppfyllda vid intagningen, men att vården senare behöver fortgå för att en allvarlig psykisk störning föreligger. Vilken grund som utgör förutsättningarna för tvångsvård ska inte påverka vården som patienten får, utan det avgörs av de individuella behoven i varje enskilt fall. I delbetänkandet har vi föreslagit att det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen att vård för skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med andra psykiatriska tillstånd. Dessa bestämmelser gäller även vid tvångsvård.

Det behövs inget nytt vårdintyg eller nytt intagningsbeslut när tillståndet ändras från allvarlig psykisk störning till allvarligt skadligt bruk eller beroende, eller tvärtom. Genom att ett av tillstånden bedömts föreligga vid vårdintygsbedömningen och vid intagningsbeslutet är den delen av förutsättningen för tvångsvård som avser *”allvarlig psykisk störning eller allvarligt skadligt bruk eller beroende”* uppfylld. Naturligtvis måste det anges i vårdintyget på vilka grunder förutsättningen är uppfylld. Att grunderna ska anges gäller även när intagningsbeslut fattas eller när chefsöverläkaren ansöker till förvaltningsdomstol om att tvångsvården ska fortsätta.

Allvarligt skadligt bruk eller beroende

Allvarligt skadligt bruk eller beroende, som vi föreslår vid sidan av allvarlig psykisk störning ska vara en förutsättning för vård enligt LPT, är ett juridiskt begrepp. För att det ska anses föreligga ska patienten bedömas lida av det psykiatriska tillståndet skadligt bruk eller beroende. Tillståndet ska också vara av en sådan grad att det föreligger en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa.

Skadligt bruk eller beroende

Att patienten lider av det psykiatriska tillståndet skadligt bruk eller beroende bedöms utifrån patientens symtom och anamnes med ledning från vetenskap och beprövad erfarenhet, samt med stöd av internationellt och i svensk vård vedertagna diagnossystem som exempelvis ICD-10 eller DSM-5. Det kan alltså även vara diagnosystem, som DSM-5, där andra begrepp än skadligt bruk eller beroende används, exempelvis substansbrukssyndrom.

Vårt förslag innebär alltså att det inte anges i lagen vilka substanser eller andra beroenden som omfattas av regleringen, utan det avgörs med ledning i vetenskap och beprövad erfarenhet och med stöd av diagnosystem. Det innebär att förutom ett allvarligt skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika skulle även icke narkotikaklassade läkemedel och vissa beroenden av annat än substanser, som spel om pengar, kunna föranleda tvångsvård enligt LPT. Även nikotinberoende kan omfattas av begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende, men uppfyller ändå aldrig förutsättningarna för tvångsvård eftersom ett oundgängligt behov av kvalificerad dygnetruntvård på en psykiatrisk vårdinrättning inte föreligger (se nedan). Förslaget innebär också att vilka tillstånd som omfattas kan förändras över tid. Exempelvis är gaming en diagnos enligt ICD men inte enligt DSM.

Av sådan grad att det föreligger en påtaglig risk för liv eller hälsa

För att ett *allvarligt skadligt bruk eller beroende* ska föreligga ska tillståndet vara 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 allvarlig somatisk eller psykiatrisk sjukdom. Med att risken är påtaglig menas att det är konkreta omständigheter kopplade till de enskilde patientens hälsotillstånd som ger belägg för hen kan dö eller drabbas av allvarlig sjukdom. Bedömningen av om sådana omständigheter föreligger får göras genom en sammanvägning av patientens symtom, uppgifter från patienten, uppgifter från andra, tidigare dokumentation om patientens hälsotillstånd eller andra faktorer. Vi återkommer nedan på s. 241 om grunderna för bedömningen.

Risken måste inte vara omedelbar utan det är tillräckligt att den bedöms vara att patienten efter en tid kommer dö eller drabbas av allvarlig psykiatrisk eller somatisk sjukdom om inte tillståndet förbättras. Bedömningen av om det skadliga bruket eller beroendet leder till risk för dödsfall ska omfatta risk för överdos, självmord eller död på grund av somatisk sjukdom. Det får dock inte vara inom en allt för avlägsen framtid och det måste finnas ett konkret samband mellan patientens hälsotillstånd och risken.

Att tillståndet är av en sådan grad att det föreligger en påtaglig risk för liv och hälsa förutsätter i normalfallet att kriterierna för beroende är uppfyllda. Skadligt bruk är som regel inte ett *allvarligt skadligt bruk eller beroende* i juridisk mening. Däremot kan det i undantagsfall vara av sådan grad om det föreligger en påtaglig risk för att personens liv eller hälsa allvarligt ska skadas. Det kan till exempel handla om en person som vid det aktuella tillfället, och upprepade gånger tidigare, i samband med intag av substanser, utsatt sig själv för allvarlig fara exempelvis genom självmordsförsök eller överdoser. Ofta är dock beroendekriterierna uppfyllda i ett sådant fall. Ibland bedöms också patienter i en sådan situation ha en allvarlig psykisk störning. Att skadligt bruk ändå omfattas av begreppet är därför främst för att undvika att en snäv tolkning av kriterierna för beroende skulle förhindra ingripande i situationer som är livshotande för patienten. Det kan enligt vår bedömning förekomma akuta situationer där det är uppenbart att det finns en påtaglig risk för patientens hälsa, men där det i stunden saknas underlag för att kunna ställa en beroendediagnos. Ytterligare en förutsättning för tvångsvård är ju också att det finns ett oundgängligt behov av vård på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Vi utvecklar nedan i vilka situationer ett oundgängligt vårdbehov kan föreligga när det är osäkert om beroendekriterierna är uppfyllda.

Bedömningen av olika substansbruk och andra beroenden

Nedan exemplifierar vi tillämpningen av begreppet skadligt bruk eller beroende vid vissa tillstånd. Framställningen bygger delvis på ett underlag som professor Anders Håkansson tagit fram på utredningens uppdrag.

Om ett opioidberoende är av en sådan grad att det innebär en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa avgörs, liksom när det gäller andra substanser, av konkreta och objektivt noterbara faktorer kopplade till patientens hälsa och anamnes. Exempel på faktorer som kan beaktas är förekomsten av överdoser, patientens förmåga att ta till sig råd om hur en ny överdos ska undvikas, eller att provtagning eller andra medicinska utredningar visar på att det föreligger en risk för allvarliga sjukdomstillstånd eller död. Det är alltså inte tillräckligt i sig för att ett allvarligt skadligt bruk eller beroende ska anses föreligga, att patienten har ett dagligt bruk av opioider i höga doser även om det alltid innebär en hälsorisk, utan risken måste kunna knytas till patientens tillstånd. Begreppet opioidberoende omfattar både illegala produkter och legalt förskrivna läkemedel.

Alkoholberoende kan vara av sådan grad att det innebär en påtaglig risk exempelvis vid upprepade depressiva symptom och suicidala uttryck som har samband med ett beroende som patienten inte förmår ta emot behandling för, upprepade abstinenskomplikationer med allvarliga medicinska konsekvenser eller allvarlig kroppslig sjukdom.

Även cannabisberoende kan utgöra en påtaglig risk för patientens liv och hälsa. Det gäller främst patienter som trots flera drogutlösta psykosor som krävt heldygnsvård inte tar emot råd eller behandling för sitt cannabisberoende. Även här är det alltså inte omfattningen av bruket utan dess medicinska konsekvenser som är avgörande.

När ett bensodiazepinberoende leder till förgiftningar, abstinens med livshotande komplikationer eller suicidalitet kan det anses vara av sådan grad att ett allvarligt skadligt bruk eller beroende föreligger.

När graden av ett amfetamin- eller kokainberoende ska bedömas är förekomsten av upprepade psykosgenombrott och överdoser tecken på att ett allvarligt skadligt bruk eller beroende föreligger.

Som framgår ovan kan även beroenden som inte är substansbruk i vissa situationer föranleda tvångsvård om de omfattas av i Sverige och internationellt vedertagna diagnossystem. I sådana fall är det i princip bara när tillståndet är livshotande som ett allvarligt skadligt

bruk eller beroende kan anses föreligga och kunna föranleda tvångsvård. Det typiska fallet är att det finns risk för suicid men det skulle också i enskilda fall till exempel handla om att en person helt slutar äta på grund av beroendet. En mer extensiv användning av begreppet allvarligt skadligt bruk och beroende skulle riskera att individer kunde tvångsvårdas på grund av icke önskvärda eller ohälsosamma beteenden, vilket inte är syftet med den reglering vi föreslår. Att ett beroende får stora sociala konsekvenser, exempelvis när spel leder till stora skulder, är inte i sig grund för tvångsvård. Däremot kan en ju en sådan situation självklart vara skäl till att patienten erbjuds behandling på frivillig grund.

Hallucinogener, lösningsmedel, gaser med mera är exempel på substanser som oftast inte sker enligt ett beroendemönster utan som intas vid vissa tillfällen för att framkalla hallucinationer och andra extraordinära upplevelser, eller för att personen som intar drogen ska hålla sig vaken under lång tid. Användningen kan leda till akuta psykoser eller andra allvarliga psykiatriska eller somatiska tillstånd. Situationer när användningen av sådana substanser kan anses vara av en sådan grad att det föreligger påtaglig risk för liv och hälsa är vid upprepade psykoser eller förgiftningstillstånd. Vård skulle i sådana fall kunna beredas med hänvisning till att patienten har en allvarlig psykisk störning, eller med stöd av 4 kap. 4 § patientlagen som ger en möjlighet att ge den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa även om dennes vilja inte kan utredas (se nedan). Om vården därefter ska fortgå med hänvisning till att patienten har ett allvarligt skadligt bruk eller beroende krävs att det psykiatriska tillståndet föranleder ett oundgängligt vårdbehov. Hälso- och sjukvårdens vilja att övertala eller påverka patienten att ändra sitt farliga beteende är inte i sig grund för tvångsvård.

En omfattande konsumtion av dopningspreparat kan leda till organskador på bland annat på hjärtat. Det är emellertid ovanligt att sådan konsumtion leder till livshotande komplikationer. En person som använder sådana preparat kan också drabbas av humörsvängningar och annan beteendepåverkan. Detta är emellertid sällan av en sådan grad att det föreligger en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa. Det föranleder också sällan ett oundgängligt behov av att personen är intagen på en vårdinrättning för psykiatrisk dygnetruntvård.

Samsjuklighet och flera droger i kombination

Samsjuklighet kan påverka bedömningen av om ett allvarligt skadligt bruk eller beroende föreligger på så sätt att om en person med ett annat psykiatriskt sjukdomstillstånd också har ett skadligt bruk eller beroende, så kan påtaglig risk för liv och hälsa föreligga på ett sätt som inte vore fallet utan samsjuklighet. Ett exempel som nämnts ovan är när en allvarlig depression med suicidala uttryck inte kan behandlas på grund av ett alkoholberoende. Även om alkoholberoendet ensamt inte skulle bedömas som ett allvarligt skadligt bruk eller beroende, kan det göra det i kombination med ytterligare ett psykiatriskt tillstånd. Detta ska inte tolkas som att samsjukligheten i sig är en självständig förutsättning för tvångsvård. I stället ska det ses som att förekomsten av ett ytterligare psykiatriskt tillstånd gör att det skadliga bruket eller beroendet bedöms utgöra en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa.

Även att en person använder flera olika droger som i kombination med varandra ökar hälsoriskerna kan vägas in vid bedömningen om det är ett allvarligt skadligt bruk och beroende. Här måste bedömningen utgå ifrån vilka drogerna är och hur de tillsammans påverkar risken för att patientens hälsotillstånd ska vara i påtaglig fara. Ett exempel är när det föreligger ett bruk av flera substanser som i kombination ökar risken för överdos exempelvis opioider och bensodiazepiner.

Oundgängligt vårdbehov

Kravet på ett oundgängligt vårdbehov innebär att den vård som behövs på grund av det skadliga bruket eller beroendet inte kan tillgodoses på något annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Hänsyn ska också tas till de personliga förhållandena i övrigt. Genom det senare understryks att det måste beaktas om det finns omständigheter exempelvis kring patientens nätverk eller vårdkontakter som är sådana att vårdbehovet kan tillgodoses utan att det sker med tvång. Vårdbehovet ska främst avgöras utifrån risken för patientens liv eller hälsa. Det påminner om vad som ovan anförts om begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende. Oundgänglighetsrekvisitet innebär dock att det inte räcker med att det skadliga bruket eller beroendet är sådant att det påtagligt hotar patientens liv och hälsa. Det krävs också att

den risken inte kan hanteras på något annat sätt än genom kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Därför behöver det vid bedömningen av om förutsättningarna är uppfyllda, göras en prövning av om vårdbehovet kan tillgodoses exempelvis med stöd av socialtjänsten eller, enligt vårt förslag, av den samordnade vård- och stödverksamheten.

Om diagnostiska beroendekriterier inte är uppfyllda, utan bara kriterier för skadligt bruk, finns sällan ett oundgängligt behov av vård på sjukhus. Det kan dock förekomma sådana situationer. Främst handlar det om situationer när sjukhusvård krävs för att det finns en omedelbar risk för att personen ska dö eller bli allvarligt skadad. Då avslutas vården normalt efter någon dag när ruset gått över och sjukhusvård inte längre behövs för att undvika en allvarlig risk. Enligt vår bedömning kommer det vara ovanligt att LPT tillämpas i dessa fall eftersom vården ofta kan ges på frivillig grund.

Det bör understrykas att om det endast är en kraftig påverkan av substanser som utsätter patienten för fara och inte ett psykiatriskt tillstånd, föreligger inget oundgängligt behov av vård på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. I en sådan situation kan personen i stället omhändertas med stöd av LOB.

Ett oundgängligt vårdbehov för en person med beroendediagnos kan föreligga några dagar efter att ett livshotande tillstånd hävts. Ett exempel från Håkansson's underlag är en person som använder opioider som efter en överdos fått behandling med naloxon i ambulans eller på akutmottagning. Patienten vill efter att ha vaknat upp avvika, drar sig tydligt undan försök att fullfölja medicinsk vård och observation, och vill inte heller vill medverka i åtgärder för att minska risken för fler överdoser, exempelvis genom att få tillgång till och ta emot användningsråd om naloxon. I det fallet kan ett oundgängligt behov anses föreligga eftersom patienten avstår från åtgärder som kan motverka att patienten återigen hamnar i ett livshotande tillstånd. Exemplet återkommer i avsnitt 7.2.4 när vi går igenom skälen för vårt förslag om förutsättningarna för tvångsvård.

Ett oundgängligt vårdbehov kan också finnas när någon varit akut förvirrad i samband med rus och som när det gått över kan vara i behov av viss behandling eller stabiliserade insatser. Enligt uppgifter som Socialstyrelsen lämnat till utredningen är beroende den vanligaste diagnosen hos patienter som blir kvarhållna med stöd av vårdintyg men där sedan intagningsbeslut inte fattas. Det kan antas att det rör sig om situationer när det inte föreligger en allvarlig psykisk

störning eller ett oundgängligt vårdbehov när personen inte är påverkad. Vårt förslag innebär att det kan finnas stöd att vårda en patient ytterligare några dagar om det till exempel är ett mönster att personen hamnar i utsatta situationer vid rus eller blir våldsam mot andra, prover visar att patienten har påverkats somatisk av sitt skadliga bruk eller beroende, eller om det framkommer andra omständigheter där utredning eller initierande av behandlingsåtgärder kräver psykiatrisk vård på sjukhus. I många situationer kommer dock patienten att ta emot vård frivilligt i en sådan situation.

Det är kvalificerad *psykiatrisk* vård som en patient med allvarligt skadligt bruk eller beroende ska ha behov av. Visserligen kan ett allvarligt somatiskt tillstånd ligga till grund för bedömningen att ett allvarligt skadligt bruk eller beroende föreligger (se ovan), men det oundgängliga vårdbehovet måste avse psykiatrisk vård som gör att patienten blir i stånd att ta emot somatisk vård, eller handla om att patienten finns i en nykter och drogfri miljö som gör somatisk vård möjlig.

Andra situationer när ett oundgängligt vårdbehov kan anses föreligga är när patienten har ett sådant behov av abstinensbehandling vid alkohol- eller bensodiazepinberoende som kräver kvarstannande på sjukhus, eller vid ett eskalerande bruk av smärtstillande opioider eller bensodiazepiner, som leder till överhängande överdosrisker.

Att vårdbehovet är oundgängligt innebär inte det att måste vara akut. I samband med införandet av LPT hade Socialberedningen föreslagit ett sådant krav men regeringen ansåg att det fanns skäl emot.³⁷ Bland annat anförde man i propositionen att kravet på ett akut vårdbehov skulle begränsa möjligheten att ingripa i tid när det gäller gradvis uppkommande tillstånd där försenad behandling riskerar längre vårdtider och sämre vårdresultat. Motsvarande situation kan föreligga när det handlar om en person med ett långvarigt skadligt bruk eller beroende där hälsan gradvis försämrats, och där flera frivilliga behandlingsförsök inte har haft effekt, och där sjukhusvård bedöms nödvändig för att minska den påtagliga risken för liv eller hälsa. Det ska betonas att det inte är det långvariga bruket i sig som ligger till grund för vårdbehovet utan att det påverkar den fysiska eller psykiska hälsan så att ett oundgängligt behov av vård på sjukhus föreligger.

³⁷ Prop. 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 95.

Personer som i dag bedöms leva upp till förutsättningarna för LVM-vård skulle i de allra flesta fall anses ha ett allvarligt skadligt bruk eller beroende och ett oundgängligt vårdbehov enligt vårt förslag. Som vi visat i kapitel 4 rör det sig ofta om personer där det skadliga bruket eller beroendet har fått allvarliga medicinska följder. I gruppen är det också vanligt med samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd, och att det skadliga bruket eller beroendet fått stora sociala konsekvenser. Däremot innebär vårt förslag att det oundgängliga vårdbehovet inte kommer kvarstå lika lång tid som vården enligt LVM pågår. Detta återkommer vi till nedan.

Av förarbetena till nu gällande LPT framgår att vid vårdbedömningen måste man även se till patientens *levnadsförhållanden* och hans *relationer till omgivningen*. Exempelvis kan enligt förarbetena ett ”*intensivt drogmisbruk*” utgöra skäl för att patienten lever under sådana förhållanden att hen har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.³⁸ När vårdbedömning görs för en person med skadligt bruk eller beroende ska därför de konsekvenser som personens levnadsförhållanden och sociala situation får för tillståndet beaktas vid bedömningen. Behovet av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård kan exempelvis påverkas av om en person saknar bostad eller lever i miljöer där möjligheten att kontrollera sin livssituation och ta ansvar för sin hälsa är starkt begränsade. Enbart sociala förhållanden kan dock inte medföra att ett oundgängligt vårdbehov ska anses föreligga. Det innebär, som vi konstaterar ovan, att den sociala indikationen i LVM inte har sin motsvarighet i vårt förslag. Konsekvensen av det blir att det inte kommer vara möjligt att ingripa *enbart* med hänsyn till att en person riskerar att förstöra sitt liv, utan att de sociala aspekterna blir en del av en sammanvägd bedömning av om det finns ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård på sjukhus, i syfte att minska den påtagliga risken för patientens liv eller hälsa. I avsnitt 7.2.6 diskuterar vi vilka risker som finns med att den sociala indikationen avskaffas som självständig förutsättning för tvångsvård.

³⁸ Prop. 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 239.

Patientens farlighet ska beaktas

Förutsättningarna i LPT är knutna till *patientens eget behov* av vård och omgivningsskyddet har inte ansetts som en självständig uppgift för psykiatrin. Det är patientens eget behov av behandling och omvårdnad som framhållits som det egentliga motivet för tvångsvård.³⁹ Eftersom psykiska störningstillstånd kan ge upphov till aggressivitet mot omgivningen har det dock inte ansetts vara möjligt att hävda en strikt gräns mellan patientens vårdbehov och skyddet för *närstående och andra*. Det anses vara *ett väsentligt intresse för patienten* att i sådana situationer hindras från att skada andra. Därmed kan det också sägas, enligt lagens förarbeten, att ett tvångsingripande för sådant ändamål är förenligt med utgångspunkten att tvångsvård ska vara betingad av patientens eget behov.⁴⁰ Därför framgår av 3 § fjärde stycket LPT att när vårdbehovet bedöms ska det beaktas om patienten till följd av den psykiska störningen är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Vi föreslår att den bestämmelsen ska gälla även när vårdbehovet bedöms hos en person som har ett allvarligt skadligt bruk eller beroende.

Av förarbetena framgår att synsättet – att det är ett väsentligt intresse för patienten att hindra denne från att skada andra och att detta är förenligt med patientens eget behov – *inte* bör uppfattas så att skyddet för omgivningen tillmäts *endast ringa och väsentligen indirekt betydelse*. Det bör vara möjligt att förena grundsynen att ett tvångsingripande görs utifrån patientens behov med *vederbörlig hänsyn* till patientens närstående och omgivningen i övrigt.⁴¹ Genom vårt förslag blir samma resonemang tillämpligt när det gäller patienter som till följd av allvarligt skadligt bruk eller beroende kan vara farliga för andra.

Det innebär att när patienten har bedömts lida av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende i lagens mening ska skaderisken för andra beaktas när behovet av vård på en psykiatrisk vårdinrättning bedöms. I en del fall kommer det vara en bedömning som rör skyddet för närstående. Om en persons behov av vård utifrån personens egna behov bedöms kunna tillgodoses på annat sätt, kan behovet av vård på en psykiatrisk inrättning ändå finnas om personen har hotat eller skadat närstående. Det kan också gälla om alternativet till tvångsvård på en psykiatrisk inrättning är frivillig heldygnsvård

³⁹ Prop. 1990/91:58 Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 71 och 98.

⁴⁰ Prop. 1990/91:58 Psykiatrisk tvångsvård m.m. s. 98.

⁴¹ Prop. 1990/91:58 Psykiatrisk tvångsvård m.m. s. 243.

exempelvis på ett HVB. Om det finns en risk för närstående om personen avbryter den frivilliga vården, eller om personen riskerar att fortsätta hota och trakassera närstående under den frivilliga vården, kan det föreligga ett oundgängligt behov av vård på en psykiatrisk vårdinrättning. Även säkerhet och hälsa hos personer som inte är närstående kan beaktas vid bedömningen. Det kan vara när en person som upprepade gånger har brukat våld eller hotat andra under inverkan av det allvarliga skadliga bruket eller beroendet. I samtliga fall gäller dock att kraven för att ett allvarligt skadligt bruk eller beroende föreligger måste vara uppfyllda och att patienten måste vara i ett oundgängligt behov av vård på sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Farlighetskriteriet kan inte användas som alternativ till straffrättsliga påföljder utan är ett perspektiv som ska beaktas inom ramen för bedömningen av patientens vårdbehov.

Krav på att patienten motsätter sig vården

Ytterligare en förutsättning för tvångsvård är att patienten motsätter sig vården eller att det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke. Det är den psykiatriska vård som patienten anses vara i oundgängligt behov av som samtycket ska prövas emot. Om en patient exempelvis kan tänka sig att kvarstanna på sjukhus men inte genomgå en avgiftning, kan förutsättningarna för tvångsvård ändå vara uppfyllda. Däremot är förutsättningarna normalt sett inte uppfyllda om patienten önskar ett annat behandlingsalternativ än det erbjudna, och det patienten önskar ligger inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är emellertid ingen absolut regel utan förutsättningar kan ändå föreligga om alternativet inte finns tillgängligt eller av andra skäl inte är lämpligt, och det finns en påtaglig risk för patientens liv och hälsa som ger ett oundgängligt behov av vård på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Exempel på när patienten inte motsätter sig vård, men det ändå finns grundad anledning att anta att den inte kan ges med samtycke, är om hen gång på gång ändrar sin inställning till vård. Vår bedömning är att sådana situationer kommer att uppstå när det gäller personer med allvarligt skadligt bruk eller beroende som kan ha en stark ambition att ta emot vård, men samtidigt lider av svår abstinens och sug efter substanser.

Grunderna för bedömningen av förutsättningarna

Förutsättningarna för tvångsvård bedöms efter en undersökning av patienten både när vårdintyget utfärdas och när intagningsbeslutet fattas. Som framgår ovan kommer det delvis handla om akuta situationer till exempel när en person behandlats för en överdos. Att en sådan har inträffat är inte i sig grund för tvångsvård. Ytterligare omständigheter som kan ha betydelse är om det skett förut. Om personen flera gånger hamnat i ett livshotande tillstånd kan ett allvarligt skadligt bruk eller beroende föreligga. I det fallet sammanvägs händelsen som har inträffat med journaluppgifter om tidigare händelser. Patientens inställning till sitt liv och sin hälsa kan spela roll. Att personen kan beskriva händelseförloppet kring överdosen och i efterhand förstå varför den inträffade och vad som kan göras för att det inte ska inträffa igen, talar för att en påtaglig risk för liv eller hälsa inte föreligger. Att personen uttrycker likgiltighet för om det händer igen och inte vill ta emot naloxon eller rådgivning kan, som visats ovan, tala i motsatt riktning. Detta är exempel på när bedömningen av om förutsättningar för tvångsvård föreligger blir en sammanvägning av patientens inställning och agerande, och den konkreta inträffade händelsen.

I andra fall kan det vara mera långsiktiga förlopp som ligger till grund för att en person anses ha ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Ett exempel som också anges ovan är en person med ett alkoholberoende som uppvisar depressiva symtom och uttrycker suicidala tankar, men inte i en sådan grad att en allvarlig psykisk störning anses föreligga. Om det kan konstateras att personens depression inte kan behandlas på grund av alkoholberoendet och om suicidaliteten verkar förstärkas över tiden, kan ett allvarligt skadligt bruk eller beroende föreligga. Den bedömningen kan också påverkas av om personen utvecklats allvarliga somatiska symtom av sitt drickande. Därför kan också uppgifter från en somatisk undersökning vara en del av sammanvägd bedömning av om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda. En sådan bedömning som här exemplifieras kommer sannolikt i många fall göras av patientens läkare inom ramen för en behandlingsrelation. Ett annat exempel kan vara en person med psykosdiagnos och amfetaminberoende som återfaller efter en tids drogfrihet och visar vissa psykotiska symtom och uppträder hotfullt mot anhöriga och personal på ett boende. I det fallet kan socialtjänsten

göra en anmälan enligt den bestämmelse i socialtjänstlagen som vi föreslår i avsnitt 8.2. Hälso- och sjukvården kan ta kontakt med patienten och med stöd av innehållet i anmälan, vad som framkommer vi undersökningen och patientens anamnes bedöma om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda. Det kan också vara så att patienten har kontakt med den samordnade vård- och stödverksamheten och att vårdintygsbedömningen görs av en läkare som är knuten till den verksamheten.

Avslutande av tvångsvården

Förutsättningarna för tvångsvård ska vara uppfyllda under hela vårdtiden. Det bör därför kommenteras hur länge ett skadligt bruk eller beroende kan anses föreligga efter att omedelbara symtom klingat av och hur länge ett vårdbehov ska anses oundgängligt. Även här kan viss ledning hämtas från förarbetena till nuvarande LPT. Där framgår att i samband med prövningen av om det föreligger en allvarlig psykisk störning måste *hänsyn tas till växlingar i tillståndet och risken för återfall om vården eller behandlingen avbryts för tidigt*. Den psykiska störningen har i förarbetena ansetts vara av allvarlig art så länge *påtaglig risk*⁴² föreligger för att de psykiska symtomen återkommer om behandlingsinsatserna avbryts. Motsvarande resonemang kan föras om allvarligt skadligt bruk eller beroende.

När patientens tillstånd gör att det finns en reell risk för återfall och där ett sådant återfall i sin tur riskerar att leda till en situation som innebär en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa, exempelvis genom psykosgenombrott eller överdos, kvarstår det oundgängliga behovet av kvalificerad dygnetruntvård. Risken för återfallet måste bedömas utifrån konkreta iakttagelser av patientens tillstånd. En risk för återfall finns alltid vid beroendetillstånd och föranleder inte i sig ett oundgängligt behov av vård på psykiatrisk sjukvårdsinrättning. Ett exempel på när en risk föreligger kan vara när patienten har ett starkt drogsug, uttalar likgiltighet inför konsekvenser av överdoser eller befinner sig i ett så ångestfyllt och oroligt tillstånd att hen inte kan ta emot information om eller ta ställning till behandlings- eller

⁴² Detta avses i förarbetena till LVU beskriva att den risk som skall föreligga skall vara konkret, dvs. det skall finnas konkreta omständigheter som ger belägg för att risk för skada föreligger. Det får inte vara fråga om subjektiva antaganden och inte heller får ovidkommande omständigheter läggas till grund för ett tvångsomhändertagande. Prop. 1989/90:28 s. 63.

stödinsatser. Det kan också vara under en tid när patienten precis kommit ur ett sådant tillstånd, men fortfarande är ambivalent till behandling och det behövs mera tid för att få till stånd en fungerande planering. Patientens psykiatriska tillstånd utöver det skadliga bruket eller beroendet kan också påverka bedömningen av risken för återfall.

I Håkanssons vetenskapliga underlag anges att en miljö utan alkohol kan vara en effektiv och nödvändig åtgärd när ett återfall i drickande skulle innebära stora medicinska risker, och då detta krävs för att initiera somatiska insatser för mycket allvarliga sjukdomstillstånd. Här bör dock understrykas att den somatiska vården inte kan ges utan samtycke.

Liknande resonemang om behovet av tvångsvård för att kunna upprätthålla drogfrihet en period förs också i Håkanssons underlag kring skadligt bruk eller beroende av andra substanser som opioider, cannabis, bensodiazepiner, centralstimulerande preparat och bruk av flera substanser.

Syftet med drogfriheten och nykterheten ska vara att ge en sådan stabilitet åt patientens tillstånd att det är möjligt att undanröja överhängande medicinska risker och för att hen ska kunna fatta ett grundat beslut om fortsatt behandling. Att personen, trots att sådan stabilitet har uppnåtts och det medicinska tillståndet förbättrats, ändå väljer att inta substanser är inte grund för fortsatt tvångsvård om det inte finns kliniska indikationer på att återupptaget bruk i närtid, leder till att det allvarliga tillståndet som föranledde intagningen återkommer.

När en patients abstinenssymtom avtagit och tillståndet blivit så stabilt att det är möjligt att erbjuda och planera behandling föreligger normalt sett inte förutsättningar för tvångsvård. Individuella bedömningar måste emellertid göras. Exempelvis kan förekomsten av samsjuklighet, patientens livsmiljö och om patienten riskerar att utsätta andra för hot eller våld påverka bedömningen av när förutsättningar för tvångsvård inte längre finns.

I motiven till nuvarande LPT uttalade regeringen att ett oundgängligt vårdbehov ibland kan föreligga under en längre tid.⁴³ Detta var vid sidan av det som anförts ovan ytterligare ett argument för att regeringen inte accepterade Socialberedningens förslag att vårdbehovet ska vara akut. Nedan ger vi ett exempel på en patient med

⁴³ Prop. 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 95.

samsjuklighet där vi menar att det oundgängliga vårdbehovet kan föreligga i flera månader.

I avsnitt 7.3.7 belyser vi särskilt avslutande av öppen psykiatrisk tvångsvård.

Vårdtidernas längd

Våra förslag innebär att vårdtiderna kommer variera beroende på patientens tillstånd och behov. De kommer dock i de flesta fall att bli betydligt kortare än i dag, främst eftersom ett oundgängligt vårdbehov oftast bara föreligger under en begränsad period.

Våra ekonomiska beräkningar i konsekvenskapitlet utgår ifrån att den genomsnittliga tiden i slutenvård för personer motsvarade den grupp som i dag vårdas enligt LVM blir 6 veckor. Vi konstaterar att det handlar om personer som behöver en tids vård för att starta behandling för skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd. Ofta behövs också somatisk vård och omfattande sociala insatser. Det gör att patienten behöver vård även en tid efter abstinensbehandling och andra akuta insatser. Däremot kvarstår inte förutsättningarna för tvångsvård när effekten av inledande behandling är stabil och andra insatser för det skadliga bruket eller beroendet eller andra psykiatriska tillstånd kunnat planeras och erbjudas. Medverkar patienten i behandlingen finns inte längre förutsättningar för tvångsvård.

Det kan emellertid även finnas exempel på situationer när vården kan komma att pågå i flera månader. Det kan vara en person med psykossjukdom och skadligt bruk eller beroende som lever under utsatta sociala förhållanden och som förhåller sig negativ till vård- och stödinsatser. Den patientgruppen förekommer i dag både i LVM-vården och i psykiatrisk tvångsvård. I ett sådant fall kan det krävas längre tid att uppnå en stabilare psykisk hälsa och för att etablera kontakt exempelvis med den samordnade vård- och stödverksamheten, eller andra verksamheter som bedriver vård och stöd. I ett sådant fall kan det också vara aktuellt med öppen psykiatrisk tvångsvård. Om det tidigare förekommit våld mot närstående eller andra personer kan det påverka bedömningen av hur länge vården behöver pågå.

Som framgår ovan har vi utöver gruppen som motsvarar de som i dag vårdas enligt LVM även räknat med att våra förslag innebär att tillstånd som i dag inte skulle komma i fråga för LVM skulle kunna göra det genom den reglering vi föreslår. Det handlar till exempel om personer som i samband med en överdos bedöms ha ett allvarligt skadligt bruk eller beroende som medför ett oundgängligt behov av vård på en psykiatrisk sjukvårdsinrättning. I dessa fall räknar vi med väsentligt kortare vårdtider än för LVM-gruppen. Om personen fått akut vård och därefter hållits kvar någon dag, men inte längre visar symtom på abstinens, och i övrigt inte har allvarliga psykiatriska eller somatiska symtom, föreligger inte längre en påtaglig risk för liv och hälsa och inget oundgängligt vårdbehov. Patienten kan ha kontakt med socialtjänst, psykiatri eller beroendevård som det finns förutsättningar att upprätthålla. Återfallsrisk finns i en sådan situation men en sådan risk är inte ensamt en förutsättning för tvångsvård.

I andra fall kan ytterligare några dagar behövas för att patienten ska bli tillräckligt stabil för att en påtaglig fara för liv eller hälsa inte ska anses föreligga. Det kan handla om en person som fortfarande är märkbart somatiskt påverkad av förgiftningen, inte är intresserad av råd för hur överdoser ska undvikas igen och som fortfarande visar symtom på oro och abstinens. Den ytterligare tiden i tvångsvård kan då handla om att fortsätta behandla patientens abstinens, försöka skapa förtroende, erbjuda behandlingskontakt eller hjälp med sociala förhållandena och ge råd om hur överdoser kan undvikas.

En annan situation kan avse en person som vårdas enligt LPT på grund av en allvarlig psykisk störning i form av en drogutlöst psykos. Vårt förslag innebär att den personen kan vårdas några dagar efter att psykossymtomen klingat av. Syftet med sådan vård kan till exempel vara att erbjuda, planera och inleda samordnad behandling av det skadliga bruket eller beroendet och övriga psykiatriska tillstånd.

För de olika situationer där slutenvård kommer till stånd eller förlängs beräknar vi att antalet vårddagar ökar med 2–7 dagar.

Det bör betonas att det inte egentligen rör sig om olika grupper utan om personer som befinner sig i olika tillstånd och situationer vid olika tidpunkter.

Våra beräkningar utgår inte ifrån att vårdtiden alltid är tvångsvård. När det gäller LVM-gruppen bedömer vi att vården ibland övergår i frivillig vård under den genomsnittliga vårdtiden. Personer som befunnit sig i livshotande tillstånd kommer i vissa fall ta emot

vården frivilligt. Det vi har beräknat är därför de sammantagna konsekvenserna av våra förslag, att personer med skadligt bruk eller beroende enligt hälso- och sjukvårdslagen ska få den vård som de behöver, och att LPT med våra förslag ger ökade möjligheter att ge vård mot den enskildes vilja i vissa allvarliga situationer och under begränsad tid.

Förhållandet mellan allvarligt skadligt bruk eller beroende och andra bestämmelser om vård

Patientlagen

Enligt 4 kap. 4 § patientlagen ska patienten få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som är akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas. Bestämmelsen kan till exempel aktualiseras när det gäller personer som är medvetlösa efter en överdos.

Förslagen om ändrade förutsättningar i LPT gällande allvarligt skadligt bruk eller beroende, ska inte ses som en förändring av hälso- och sjukvårdens möjligheter att vårda en person med skadligt bruk eller beroende enligt HSL eller bestämmelserna i patientlagen, utan det ska ske även fortsättningsvis. I samband med ett sådant vårdtillfälle kan en vårdintygsbedömning ske. Om den visar att det är sannolikt att personen lider av en allvarlig psykisk störning eller av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende, och de övriga förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, kan patienten föras över till en vårdinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård där en specialistläkare tar ställning till om patienten ska tas in för sluten psykiatrisk tvångsvård. Våra förslag innebär därför att en bedömning av förutsättningarna för tvångsvård i direkt anslutning till en överdos kommer ske i större utsträckning än i dag. Det ska dock inte vara en rutin att en vårdintygsbedömning sker i sådana situationer utan det måste avgöras av individuella omständigheter i varje enskilt fall.

Allvarlig psykisk störning och allvarligt skadligt bruk eller beroende.

I förarbetena till LPT utvecklas när en allvarlig psykisk störning kan föreligga i samband med skadligt bruk eller beroende enligt följande resonemang:

Till allvarlig psykisk störning bör hänföras alkoholpsykoserna såsom delirium tremens, alkoholhallucinos och klara demenstillstånd. Detsamma gäller de psykosor som kan drabba narkotikamissbrukare. Även i andra situationer när en missbrukare har kommit in i ett allvarligt förvirringstillstånd och det är uppenbar fara för hans fysiska hälsa eller liv skall tvångsvård kunna tillämpas. I vissa fall kan vidare ett abstinensstillstånd vara så svårartat att det under en kortare tid måste betecknas som en allvarlig psykisk störning. Självklart är att ett allvarligt missbruk som leder enbart till allvarliga kroppsliga komplikationer inte skall kunna medföra psykiatrisk tvångsvård.⁴⁴

Våra förslag innebär inga förändringar av begreppet allvarlig psykisk störning utan vad som anförs ovan gäller även fortsättningsvis. Skillnaden är att även om förutsättningarna för allvarlig psykisk störning inte är uppfyllda så kan det föreligga ett allvarligt skadligt bruk eller beroende som grund för tvångsvård. Som konstaterats tidigare i kapitlet får det konsekvensen att förutsättningar för tvångsvård kan föreligga, om det finns ett allvarligt skadligt bruk eller beroende, även efter att den allvarliga psykiska störningen, exempelvis i form av en psykos, har gått över. Det kan handla om en situation där omständigheterna visar att det finns en påtaglig risk för patienten att i närtid återinsjukna i psykos om inte behandling för det skadliga bruket eller beroendet inleds, eller om det föreligger andra påtagliga risker för patientens liv eller hälsa på grund av skadligt bruk eller beroende.

När patienten är ett barn*Bedömningen av förutsättningarna för tvångsvård*

LPT har inga åldersgränser. Våra förslag om förändringar av förutsättningarna för tvångsvård gäller därför även när patienten är under 18 år. I praktiken kommer det handla om tonåringar. Det är ovanligt att yngre barn utvecklat ett skadligt bruk eller beroende.

⁴⁴ Prop. 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 86.

När patienten är ett barn kan hänsyn behöva tas till vissa särskilda aspekter vid bedömningen av om förutsättningarna är uppfyllda. Det kan till exempel vara så att omfattningen av ett substansbruk bedöms vara en påtaglig risk för liv eller hälsa hos en ung person vars hjärna och övriga organ inte är färdigutvecklade, men inte skulle anses utgöra en sådan risk hos en vuxen. Det kan också bedömas som en stor risk att inte tidigt kunna sätta in samordnad behandling för det skadliga bruket eller beroendet och ett annat psykiatriska tillstånd. Därför måste det vid bedömningen av om det föreligger en allvarlig risk för liv eller hälsa beaktas vad en utebliven behandling får för effekt på barnets personliga utveckling och hälsa. Bedömningen måste göras individuellt utifrån det enskilda barnets tillstånd och situation.

Även vid bedömningen av om ett oundgängligt vårdbehov föreligger kan särskilda omständigheter behöva beaktas hos barn som inte är aktuella hos vuxna. En skillnad är att barn oftast bor med sina vårdnadshavare och att ett samarbete med och stöd till familjen kan vara ett alternativ som gör att vårdbehovet inte är oundgängligt. Omvänt kan konsekvenserna av ett skadligt bruk eller beroende anses vara allvarigare för barn än för vuxna. Exempelvis innebär det en stor risk för ett barn att inte kunna tillgodogöra sig skolundervisning under en längre period.

En förutsättning för tvångsvård är också att patienten motsätter sig vård eller att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke. Av förarbetena till LPT framgår att det är patientens inställning som ska tillmätas betydelse även om patienten är underårig⁴⁵. Samtidigt är det vårdnadshavarens ansvar att bestämma om barnets personliga angelägenheter och när det gäller mindre barn kan det också omfatta inläggning på sjukhus. JO har i ett initiativärende uttalat att det finns oklarheter när det rör förhållandet mellan barnets inställning och föräldrarnas ansvar att bestämma om barnets personliga angelägenheter⁴⁶. Vår bedömning är att om ett barn som har utvecklat ett allvarligt skadligt bruk eller beroende inte samtycker till vård ska vården ske enligt LPT, om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda. En svårighet kan dock vara hur barnets samtycke till vård ska bedömas. Samtycke kan exempelvis inte anses föreligga,

⁴⁵ Prop. 1990/91: 58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 242.

⁴⁶ Beslut dnr 2782-2018.

även om barnet inte motsätter sig vården, om det är uppenbart att hen inte alls förstår vad vården innebär. Förutsättningar för tvångsvård kan då finnas eftersom det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ske med samtycke.

Barnets bästa och barnets rätt att uttrycka sin åsikt

Förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård skiljer sig inte mellan barn och vuxna och vi föreslår inte heller att det ska göra det när det gäller allvarligt skadligt bruk eller beroende. Samtidigt är Barnkonventionen svensk lag vilket innebär att principen om barnets bästa måste hanteras som en integrerad del av bedömningen av om det finns ett oundgängligt behov av vård på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Det innebär att det ska göras en helhetsbedömning av barnets sociala och medicinska behov, relationer, sammanhang, ålder och mognad. I bedömningen av vårdbehovet måste hänsyn tas till vilka förutsättningar till exempel föräldrarna har att ge barnet en trygg miljö och säkerställa att det får sina behov tillgodosedda. Barnet ska också själv få uttrycka sig i frågor som rör barnet. När det gäller skadligt bruk eller beroende ställer det krav på att lyssna på barnets egen berättelse om sina svårigheter och dess orsaker, och inte omedelbart fördöma eller disciplinera. Barnets egen beskrivning av sin situation och av sina relationer kan ha betydelse för bedömningen av om behovet av psykiatrisk vård är oundgängligt. Det kan emellertid inte tillmätas all betydelse utan i enlighet med principen om barnets bästa måste en helhetsbedömning göras där olika omständigheter vägs samman.

I 44 § LPT finns en särskild bestämmelse om barnets rättskapacitet som säger att barn över 15 år har rätt att föra sin egen talan i mål och ärenden enligt LPT. Det kan till exempel handla om att begära att bli utskriven eller om att överklaga ett avslag på en sådan begäran.

Förhållandet till LVU

Om en person under 20 år utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk för att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel kan socialnämnden ansöka hos förvaltningsrätten om

vård enligt 3 § LVU. Av förarbetena framgår att redan utvecklingen mot ett missbruk kan vara en fara för den unges hälsa och utveckling⁴⁷. Med beroendeframkallande medel avses alkohol, narkotika och därmed jämställda tekniska preparat.

Vårt förslag om ändrade förutsättningar för tvångsvård kommer gälla alla åldrar. Det finns därför skäl att kommentera hur vår föreslagna reglering och 3 § LVU förhåller sig till varandra. Till att börja med kan man konstatera att utgångspunkterna i de båda lagarna skiljer sig åt. I LVU är det ett visst beteende och den risk det innebär som föranleder vårdbehovet, medan det i LPT är det psykiatriska tillståndet och de behov det ger upphov till som är avgörande. I LPT ska vårdbehovet vara oundgängligt. Så är inte fallet i LVU. Vårdbehovet enligt LPT ska också avse behov av vård på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Det innebär att förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT är mer avgränsade än i LVU. Det kommer därför finnas situationer när förutsättningarna för tvångsvård enligt LVU är uppfyllda men inte enligt LPT. Vård med stöd av LPT kommer emellertid, i vissa fall, att ges i situationer där LVU skulle ha tillämpats i dag. Ett exempel är ett barn som har ett allvarligt skadligt bruk eller beroende men i övrigt en ordnad situation. Det gäller särskilt när barnet har andra psykiatriska tillstånd i kombination med skadligt bruk eller beroende. Här kommer även den av oss föreslagna bestämmelsen att behandling för skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med andra psykiatriska tillstånd påverka att några fler barn som i dag vårdas enligt LVU i stället får psykiatrisk vård.

LPT är också tillämplig när ett barn redan vårdas enligt LVU. Så länge förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT är uppfyllda kan barnet vårdas på en inrättning för psykiatrisk vård. Vården kan i sådana situationer komma att pågå längre än i dag eftersom allvarligt skadligt bruk eller beroende är en förutsättning för tvångsvård och eftersom regionernas hälso- och sjukvård ansvarar för behandling för skadligt bruk eller beroende. Det innebär att LVU inte upphör automatiskt för att den unge får vård med stöd av LPT. Bedömer socialnämnden att den unges hela vårdbehov kan tillgodoses inom ramen för LPT kan dock LVU-vården upphöra, enligt förarbetena.⁴⁸

⁴⁷ Prop. 1979/80:1 om socialtjänsten, s. 582–583.

⁴⁸ Prop. 2002/03:53, Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m., s. 89.

7.2.4 Skäl för förslaget

Vårt förslag i jämförelse med LVM

Det finns flera skillnader mellan vårt förslag och LVM när det gäller förutsättningarna för tvångsvård.

En är att LVM är obligatoriskt tillämplig och *ska* tillämpas om förutsättningarna är uppfyllda, medan LPT *får* tillämpas om förutsättningarna är uppfyllda. Vår bedömning är att ska-kravet inte är det bästa sättet att bidra till att vård ges när den enskilde har behov av det, eller för att säkerställa en mer enhetlig rättstillämpning. Den slutsatsen bygger vi på att LVM tillämpats i allt mindre utsträckning de senaste åren trots kravet, och att tillämpningen skiljer sig åt mellan kommunerna. Vi anser i stället att tydlig lagstiftning, kunskapsstöd, tillsyn och kollegialt erfarenhetsutbyte är bättre instrument för att bidra till en enhetlig rättstillämpning. Därför föreslår vi ingen ändring av LPT i denna del.

En annan skillnad är att vårdbehovet enligt LPT ska vara oundgängligt. Något motsvarande krav ställs inte i LVM som endast kräver att det finns ett behov av vård som inte kan tillgodoses på något annat sätt. Vi anser att det är rimligt att det i lagen ställs krav på vilken grad av vårdbehov som ska föreligga för att tvångsvård ska få ges. Vår bedömning är att kravet innebär att vårdtiderna i slutna tvångsvård förkortas jämfört med LVM, vilket vi i inledningskapitlet och i nästa avsnitt argumenterar för är en positiv utveckling. Som framgår ovan konstaterar vi också med stöd av förarbetena till nuvarande LPT att kravet på oundgänglighet inte begränsar möjligheten att ingripa till skydd för liv och hälsa och att vården även med beaktande av oundgänglighetsrekvisitet kan pågå en tid för att stabilisera patientens hälsosituation.

LVM innehåller också en social indikation som inte har sin motsvarighet i vårt förslag. Nedan konstaterar vi dock att den i praktiken används självständigt i mycket liten omfattning, utan den åberopas främst i kombination med hälsoindikationen. Vi argumenterar också för fördelarna med att ett psykiatriskt tillstånd är utgångspunkt för tvångsvården och konstaterar att sociala hänsyn kan tas inom ramen för bedömningen av om det föreligger ett oundgängligt vårdbehov.

Även farlighetsrekvisitetet är annorlunda utformat i LVM jämfört med LPT. I LVM pekas risken för närstående särskilt ut medan det i LPT är risken för att skada annan som anges. Det kan vara en fördel

att närståendes skyddsbehov särskilt uppmärksammas, men det kan också vara en fördel att risken att skada andra utanför den kretsen kan beaktas. Vår slutsats är att omgivningsskyddet i LPT ger erforderligt skydd också för närstående särskilt som den aspekten uppmärksammas i denna utredning och senare i lagens förarbeten. Samtidigt kan inte risken för att skyddet för närstående försvagas helt avfärdas. Vi utvecklar därför resonemanget nedan i avsnitt 7.2.5 där vi också närmare beskriver skillnaden mellan LVM och LPT i detta avseende.

En annan aspekt är att när risken att skada andra gäller en vidare krets än närstående kan tyngdpunkten förskjutas från att det är patientens behov av vård som värnas till att fokus starkare blir på samhällets behov av skydd. Vi anser dock att detta balanserats väl i förarbetena till LPT, som redogjorts för ovan, genom resonemanget om att patientens intresse av att inte skada andra på grund av sitt psykiatriska tillstånd i normalfallet sammanfaller med samhällets intresse av att sådana skador inte uppkommer.

Skaderekvisitet i LVM innefattar också risken att skada sig själv. Den risken anser vi hanteras lika väl genom vårt förslag om vad begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende ska innefatta och genom vad som menas med ett oundgängligt vårdbehov. Risken för suicid, vilket är det som innefattas i LVM:s skadeindikation, beaktas redan i dag vid bedömningen av om det föreligger en allvarlig psykisk störning.⁴⁹

En skillnad mellan LVM och LPT är också att ett vårdtillfälle enligt LPT kan inledas på frivillig väg med sedan konverteras till tvångsvård om förutsättningarna är uppfyllda och patienten dessutom befaras kunna skada sig själv eller annan person. En sådan möjlighet kan eventuellt påverka en persons vilja att söka vård på frivillig väg, eftersom det finns en risk att vården omvandlas till tvångsvård. Detta har också hanterats av lagstiftaren genom att det inte räcker med att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda utan det krävs också en särskild risk.

⁴⁹ Prop. 1991/92:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 243.

Tvångsvård kan endast användas när ett psykiatriskt tillstånd föreligger och ska inriktas på god vård och förbättrad hälsa

Genom vårt förslag begränsas möjligheterna till tvångsvård till situationer när ett psykiatriskt tillstånd föreligger. Vi menar att det är mer rättssäkert än när tvånget sker på grund av ett visst beteende eller på grund av användning av vissa angivna substanser. Av förarbetena till LVM, som vi redogjort för inledningsvis i det här kapitlet, framgår att missbruk där definierats inte bara med hänsyn till negativa hälsoeffekter för den enskilde, utan också utifrån värderingar som till exempel att all injicering av narkotika är att betrakta som ett fortgående missbruk oavsett frekvens. Genom vårt förslag likställs skadligt bruk eller beroende med andra psykiatriska tillstånd. Därmed blir grunden för tvångsvård för personer med skadligt bruk eller beroende i princip den samma som gäller för andra patientgrupper inom psykiatrin, nämligen ett psykiatriskt tillstånd som föranleder ett oundgängligt vårdbehov. Genom att hälso- och sjukvårdslagens mål gäller är inriktningen för de insatser som ges att patienten ska få en god vård och en förbättrad hälsa. Vi anser att det kan bidra till utvecklingen av ett bredare behandlingsutbud, och till ökade möjligheter att anpassa insatserna efter behoven, än vad som är fallet i LVM där det övergripande målet är att personen ska ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Det innebär att även minskade psykiatriska symtom, bättre somatisk hälsa eller ett mindre skadligt bruk kan omfattas av målen med vården.

Förutsättningar för tvångsvård i LPT förkortar vårdtiderna jämfört med LVM

I dag pågår majoriteten av alla vårdtillfällen enligt LVM nära maxtiden på 180 dygn. Det är ett mycket långtgående ingrepp i den enskildes rättsfär att frihetsberöva en person under så lång tid och bör därför endast göras efter en noggrann individuell bedömning. Utifrån våra samtal med klienter på LVM-hemmen drar vi dessutom slutsatsen att så långa vårdtider kan innebära att en person som efter en tid är beredd att ta emot insatserna frivilligt, kan tappa den motivationen när frivillig behandling inte kommer till stånd, utan vården i stället fortsätter på den låsta inrättningen med ett begränsat utbud av behandling och aktiviteter. Genom kravet i LPT på att det ska

föreligga ett undgängligt vårdbehov kommer vårdtiderna förkortas efter en bedömning i varje enskilt fall. Vår uppfattning är att den inriktningen är nödvändig av både av behandlings- och rättssäkerhetsskäl, men att hälsorisker för patienterna kan uppstå om inte utbud och samordning av regionernas beroendevård och socialtjänstens insatser förbättras. Som framgår av kapitel 5 och 11 är därför den reform vi föreslår i delbetänkandet, med förtydligt ansvar mellan huvudmännen och inrättandet av en samordnad vård- och stödverksamhet, en utgångspunkt för den tvångsvårdsreglering som vi föreslår i det här betänkandet. I kapitel 8 lämnar vi också ytterligare förslag om samverkan och planering av vård- och stödinsatser i syfte att skapa en personcentrad och sammanhållen vårdkedja.

Starkt fokus på liv och hälsa

Skyddet för liv och hälsa är avgörande för att legitimerade tvångsvård. I delbetänkandet har vi redogjort för den utbredda ohälsan och den stora överdödligheten hos personer med skadligt bruk och beroende⁵⁰. Särskilt uppmärksammade vi den höga dödligheten bland personer som har ett skadligt bruk och beroende av narkotika. I Håkansson's underlag konstateras att substansberoende är förknippad med en särskilt hög förekomst av våldsamma dödsfall (suicid och olycksfall)⁵¹. Därför bör tvångsvården utformas så att det finns en möjlighet att ge vård när patienten befinner sig i en livshotande situation, eller nyss har befunnit sig i en sådan situation och riskerar att snart göra det igen.

Vi menar att vårt förslag ökar möjligheten att vårda patienten utan samtycke i livshotande situationer där den möjligheten inte är självklar enligt dagens lagstiftning. Ovan redogörs för ett exempel från det vetenskapliga underlaget där en person vill avvika från en akutmottagning omedelbart efter en överdos där den reglering vi föreslår skulle vara tillämplig på ett annat sätt än LPT och LVM är i dag. LPT förutsätter i dag att det föreligger en allvarlig psykisk störning. LVM kan vara tillämplig i situationen om det finns grund för ett omedelbart omhändertagande enligt 13 §. Det förutsätter dock att hälso- och sjukvården kontaktar socialtjänsten och nämnden gör be-

⁵⁰ SOU 2021:93, Från delar till helhet, s. 93 ff.

⁵¹ Håkansson, 2022, Underlag om kliniska indikationer för tvångsvård dnr Komm 2020/00612/S 2020:08

dömningen att situationen är så akut att omhändertagandet ska göras omedelbart. Det är inte självklart om inte övriga omständigheter uppenbart talar för att vårdbehov enligt LVM föreligger. Snarare är det rimligt att anta att nämnden i den situationen inleder en utredning enligt LVM.

Vi anser som framgår ovan att det i den exemplifierade situationen finns ett oundgängligt vårdbehov enligt LPT, eftersom patienten på grund av sitt skadliga bruk eller beroende befunnit sig i omedelbar livsfara och inte accepterar behandling, råd eller skadereducerande insatser. En annan sak är att tvångsvården i en sådan situation sannolikt bara kan pågå en kort period om det inte upptäcks ytterligare vårdbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom vård på en vårdinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.

I dag hänvisas ofta en patient i den exemplifierade situationen till socialtjänsten i stället för att vårdkedjan hålls samman hos den huvudman som inlett vården. Genom vårt förslag kan också ett eventuellt vårdbehov för andra psykiatriska tillstånd än skadligt bruk eller beroende hanteras inom ramen för en sammanhållen behandlingsplanering.

Som framgår ovan anser vi också att genom att vården sker enligt hälso- och sjukvårdslagens mål och genom att målet med vården inte begränsas till att patienten ska bli i stånd att ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk förstärks fokus på hälsa och överlevnad. Det kan innebära att några dagars tvångsvård efter en överdos kan vara inriktad på att patienten ska vilja lära sig använda naloxon, få information om sprututbytesverksamhet och kunna ta emot råd om hur narkotika används på det minst skadliga sättet. Det bör dock understrykas att skadereducerande insatser i sig inte kan ges med tvång, men om förutsättningarna för vård är uppfyllda kan tiden användas för att patienten ska bli så stabil att hen kan ta emot information och själv ta ställning till behovet av sådana insatser.

Fördelar med att hålla isär begreppen allvarlig psykisk störning och begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende

Genom att begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende införs som en självständig grund för tvångsvård i LPT förändras inte innebörden av begreppet allvarlig psykisk störning. Det finns flera fördelar med att begreppen hålls isär. Den viktigaste är att det då inte sker

någon sammanblandning med straffrättsliga bestämmelser. Vilka konsekvenser användningen av begreppet allvarlig psykisk störning skulle få för tillämpningen av regler om ansvar och påföljder för psykiskt störda lagöverträdare, utvecklas nedan när vi närmare analyserar det alternativet. En annan fördel med begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende är att det ökar förutsättningarna för en enhetlig praxis genom att begreppet särbehandlas i förarbeten och kommande domstolsavgöranden. Detta stärker rättssäkerheten genom att det blir tydligt i vilka situationer tvångsvård på grund av skadligt bruk eller beroende kan ske. Att det uttryckligen framgår av lagtexten att skadligt bruk eller beroende är ett tillstånd som omfattas av LPT, kan även sända signaler som påverkar både tillämpningen i enskilda fall och regionernas planering. Vi anser också att det skulle kunna få negativa konsekvenser för rättstillämpningen om allvarlig psykisk störning, som är ett begrepp som funnits i lagstiftningen i 30 år, fick en ändrad betydelse.

Endast mindre förändringar i jämförelse med nuvarande LPT förenklar tillämpningen

Vi har vid dialoger med kliniskt verksamma specialister i psykiatri blivit medvetna om risken att stora ingrepp i LPT kan påverka den nuvarande tillämpningen. Större förändringar kan leda till osäkerhet kring hur lagen ska tolkas vilket riskerar mindre enhetliga bedömningar. Vi har tagit hänsyn till den risken på två sätt när vi har utformat våra förslag. Dels genom att begreppet allvarlig psykisk störning inte förändras, dels genom att begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende ska tillämpas på ett sätt som påminner om tillämpningen begreppet allvarlig psykisk störning. Vi föreslår inte heller några förändringar av kravet på att det ska finnas ett oundgängligt behov av vård på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnet-runtvård.

Vetenskapligt framtagna diagnosystem är utgångspunkt för vilka tillstånd som omfattas

Vårt förslag innebär att internationellt och i svensk vård vedertagna diagnosystem blir utgångspunkt för vilka substanser eller beteenden som kan ge upphov till tvångsvård för ett skadligt bruk eller beroende.

Argumentet för den inriktningen är att det blir forskning om medicinska tillstånd som ligger till grund för vilka bruk och beteenden som kan föranleda tvångsvård, inte politiska eller moraliska uppfattningar. Vårt förslag innebär också att det blir möjligt att ta hänsyn till ny kunskap om beroendetillstånd utan att lagstiftningen behöver förändras.

7.2.5 Alternativa förslag sätt att anpassa förutsättningarna

Att utvidga tillämpningen av begreppet allvarlig psykisk störning

Det främsta alternativet till vårt förslag är att ange i förutsättningarna att med begreppet allvarlig psykisk störning avses också skadligt bruk eller beroende, utan att det görs några andra förändringar av förutsättningarna för tvångsvård i LPT. Fördelen med att använda begreppet allvarlig psykisk störning är det inte blir två skilda bedömningsgrunder i LPT. Det kan också vara positivt ur rättssäkerhetssynpunkt att tvångsvård för skadligt bruk eller beroende regleras med samma begreppsapparat som tvångsvård för andra psykiatriska tillstånd. Vi har också ovan resonerat om betydelsen av att undvika särreglering och med det alternativ som här beskrivs görs inga undantag från den inriktningen.

Alternativet motsvarar det förslag som lämnades av Missbruksutredningen 2011⁵². Remissinstansernas reaktioner på utredningens förslag var delade och flera instanser var positiva till förslaget. De menade bland annat att möjligheterna att behandla samsjuklighet ökade med förslaget och att det skulle vara möjligt att ingripa tidigare genom att LPT är en akutlag där vården initieras genom vårdintyg och intagningsbeslut av läkare och inte genom ansökan till domstol (ovan konstaterar vi dock att förarbetena uttryckligen an-

⁵² Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35).

ger att LPT inte är en akutlag). *Förvaltningsrätten i Göteborg* ansåg att lösningen att likställa missbruk med allvarlig psykisk störning skulle innebära att de personer som omfattas av tvångsvårdslagstiftningen inte skulle hamna mellan stolarna, eftersom vårdansvaret odelat skulle vila på landstinget.

Det fanns emellertid också starka invändningar mot Missbruksutredningens förslag att utvidga begreppet psykisk störning eftersom det inte ansågs utrett hur förslaget skulle kunna påverka straffrättsliga bedömningar. Dessa invändningar utvecklas nedan tillsammans med våra slutsatser.

Förhållandet till straffrätten

Justitiekanslern menade att den föreslagna utformningen av 31 kap. 3 § BrB gav utrymme för olika tolkningar och definitioner bland annat av begreppen missbruk, beroende och oundgängligt vårdbehov. Någon ledning för hur bestämmelsen skulle tolkas gavs, enligt *Justitiekanslern*, varken i dess föreslagna ordalydelse eller i betänkandet i övrigt. *Justitiekanslern* menade att den straffrättsliga lagstiftningen, som innebär en ingripande offentligrättslig maktutövning mot enskilda, måste vara tydlig och förutsägbar och att förslaget framstod som tveksamt ur rättssäkerhetssynpunkt och inte grundat på någon utredning ur ett straffrättsligt perspektiv. Även *Rättsmedicinalverket (RMV)* avstyrkte Missbruksutredningens förslag. Enligt *RMV* saknades en juridisk analys av vilka konsekvenser som den utvidgade innebörden av begreppet allvarlig psykisk störning som utredningen föreslog skulle föras in i 31 kap. 3 § BrB skulle få för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten. Även *Tingsrätten i Malmö* var kritisk och konstaterade att det i dag inte finns någon begränsning för rätten att döma en person med missbruks- eller beroendeproblem till fängelsestraff. Domstolen anförde att en sådan förändring, om den ens är avsedd eller önskad, krävde djupare analys än den som återfanns i Missbruksutredningen.

Vår slutsats är att det är svårbedömt vilka konsekvenser en utvidgning av begreppet allvarlig psykisk störning skulle få för påföljdsvalet när en person som har ett skadligt bruk eller beroende begår en brottslig gärning. Som bland annat *Tingsrätten i Malmö* pekade på i sitt remissvar följer ju av Brottsbalkens bestämmelse att om en gärning

begåtts under inverkan av en allvarlig psykisk störning så krävs synnerliga skäl för att döma till fängelse. Om skadligt bruk eller beroende var en del av begreppet allvarlig psykisk störning skulle den bestämmelsen omfatta även personer med sådana diagnoser av en viss allvarlighetsgrad. Det skulle emellertid förutsätta att det fanns ett klarlagt samband mellan tillståndet och brottet. Man kan tänka sig att en person har ett skadligt bruk eller beroende som skulle föranleda ett oundgängligt vårdbehov, men där det står klart att tillståndet inte inverkat på den brottsliga gärningen som i stället kan ha begåtts av exempelvis ekonomiska skäl. I ett avgörande från Högsta domstolen togs hänsyn till rättsliga rådets utlåtande som menade att det vid ett sådant allvarligt brott som det i målet var fråga om krävdes en mer tydlig psykotisk bild för att en allvarlig psykisk störning skulle anses föreligga (HD B 2228–18).

Trots detta går det inte att bortse ifrån att det skulle kunna uppkomma situationer när förekomsten av ett skadligt bruk eller beroende skulle påverka en straffrättslig bedömning om tillståndet omfattades av begreppet allvarlig psykisk störning. Ett möjligt resonemang skulle exempelvis kunna vara att den allvarliga psykiska störningen i form av skadligt bruk eller beroende påverkat förmågan att förstå innebörden av den brottsliga gärningen och dess konsekvenser, på grund av kraftigt nedsatta kognitiva funktioner till följd av det skadliga bruket eller beroendet. Det kan inte uteslutas att detta skulle leda till bedömningen att fängelsestraff inte ska dömas ut, eftersom brottets begåtts under inverkan av en allvarlig psykisk störning.

Hittills har domstolarna resonerat i motsatt riktning och ansett att om en person själv vållat sitt tillstånd genom rus kan fängelsestraff dömas ut. I ett avgörande från Svea hovrätt beaktades det att gärningsmannen, som begått ett dubbelmord under inverkan av psykisk störning, varit berusad och tablettpåverkad vid gärningstillfället som en del av en bedömning som ledde till att fängelsestraff kunde dömas ut (RH 2018:14). Det skulle därför, om begreppet allvarlig psykisk störning omfattade även skadligt bruk eller beroende, kunna vara så att ett sådant tillstånd talade för annan påföljd än fängelse, samtidigt som berusningen i sig talade emot.

Personer som inte skulle dömas till fängelse skulle i de flesta fall i stället överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Om sådan vård förenats med särskild utskrivningsprövning avslutas den först om det inte längre till följd av den störning som orsakat brottet finns risk för att

patienten återfaller i allvarlig brottslighet, och det inte heller av dennes personliga förhållanden i övrigt är påkallat med fortsatt öppen eller sluten rättspsykiatrisk vård. Störningen behöver inte längre vara allvarlig för att vården ska fortgå om det finns risk för återfall i allvarlig brottslighet. En möjlig konsekvens av det alternativ vi analyserar här skulle därför kunna vara att vården för personer med skadligt bruk eller beroende skulle pågå under mycket lång tid. Det föreligger, i de flesta fall, återfallsrisk i någon grad och det finns ofta en stark koppling mellan bruket eller beroendet och risken för brott. Detta skulle kunna gälla även i situationer när en person dömts för ett brott med ett lägre straffvärde. Det skulle innebära en inte obetydlig grupp personer som i dag döms till kortare fängelsestraff i stället skulle få en tidsbestämd påföljd och vara frihetsberövande väsentligt längre.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att alternativet att låta dagligt bruk eller beroende omfattas av begreppet allvarligt psykisk störning kräver att det först noggrant utreds vilka straffrättsliga konsekvenser en sådan reglering skulle få. Det skulle också behöva göras bedömningar inom det rättspolitiska området. Vi anser oss inte ha det uppdraget och menar att det förslag vi förordar är lämpligare för att säkerställa att ingen straffrättslig sammanblandning sker. Ytterligare stöd för den bedömningen hämtar vi från samråd som vi haft med Rättspsykiatriska föreningen och med Rättsmedicinalverket vilka båda starkt avrådde från att låta skadligt bruk eller beroende omfattas av begreppet allvarlig psykisk störning på grund av risken för sammanblandning med straffrätten. Vårt förslag skiljer sig inte från Missbruksutredningens förslag när det gäller att regionernas hälso- och sjukvård ska ha ett odelat ansvar för tvångsvården inom ramen för LPT, något som det ovan framgår att flera remissinstanser gav sitt stöd till.

Komplettera förutsättningarna för tvångsvård med en särskild möjlighet till förlängd tvångsvård för personer med skadligt bruk eller beroende

Inledningsvis i utredningen bedömde vi att det främst är när frågan om tvångsvårdens fortsättning prövas som oundgänglighetsrekvisitet kan få stor betydelse. Vi såg en risk för att en tillämpning av oundgänglighetsrekvisitet skulle innebära att tvångsvården skulle avslutas efter avgiftning och abstinensbehandling. Därför har vi prövat

alternativet att införa en möjlighet att förlänga tvångsvården för personer med skadligt bruk och beroende utifrån ett lägre kriterium än oundgänglighet. Efter en närmare granskning av förarbetena till LPT har vi dock reviderat vår uppfattning och ser att det finns tydligt stöd i skrivningarna om oundgänglighet för att tvångsvård kan pågå en tid efter abstinensfasen för att garantera en stabil hälsosituation för patienten. Ovan har vi bland annat med stöd av Håkansson vetenskapliga underlag givit konkreta exempel på när ett sådant behov kan finnas. Vi menar dessutom att det skulle innebära stora tillämpnings-svårigheter om inte förutsättningarna för tvångsvård skulle behöva vara uppfyllda på samma sätt under hela vårdtiden.

Helt särreglera förutsättningarna för tvångsvård vid skadligt bruk eller beroende

Ytterligare ett alternativ skulle vara att i LPT helt särreglera förutsättningarna för tvångsvård på grund av skadligt bruk eller beroende. I avsnitt 14.8 i delbetänkandet fördes ett resonemang i fråga om hur grunderna för intagning skulle utformas. Vi ansåg bland annat att det skulle vara en fördel att förutsättningarna för tvångsvård var särskilt anpassade till målgruppen *personer med skadligt bruk eller beroende*. Efter en närmare analys har vi funnit att LPT ger det utrymme som behövs för en rättssäker och individanpassad vård för personer med sådana tillstånd. Vi har ovan utvecklat det resonemanget. Det finns också, som tidigare anförts, stora risker med omfattande förändringar av LPT eftersom det kan leda till osäkerhet kring tillämpningen. När det gäller en så ingripande åtgärd som tvångsvård är det allvarligt om lagen tillämpas olika och utan tillräcklig förutsägbarhet. Det kan även vara en nackdel att olika paragrafer kan åberopas för tvångsvård för olika grupper och leda till att lagen blev svårtillämpad. Detta sammantaget har gjort att vi inte gått vidare med alternativet.

7.2.6 Risker med vårt förslag

Rättssäkerheten försämras genom att substanserna inte anges

Som framgått ovan anförde Lagrådet i samband med revideringen av LVM rättssäkerhetsskäl mot att använda begreppet beroendeframkallande medel. Lagrådet menade att det bör framgå klart vilka medel som kan föranleda tvångsvård, dvs. i fråga om LVM, alkohol, narkotika och flyktiga lösningsmedel. Vårt förslag behöver därför granskas ur det perspektivet. Vi anser dock att LPT i detta avseende inte kan jämföras med LVM eftersom utgångspunkter för tvångsvård skiljer sig åt. Vårt förslag innebär inte att det är användningen av ett visst preparat i sig, dess frekvens och konsekvenser som är grunden för tvånget, utan förekomsten av ett psykiatriskt tillstånd, dess allvarlighetsgrad och det vårdbehov som det föranleder. Rättssäkerheten ska därför granskas utifrån hur tydligt de grunderna anges. Vi har ovan och i lagkommentaren exemplifierat i vilka situationer ett skadligt bruk eller beroende kan föranleda tvångsvård i syfte att tydliggöra ramarna för ett sådant ingripande.

Möjligheterna att skydda personer med skadligt bruk eller beroende blir mindre

Kravet på oundgängligt vårdbehov

Tvångsvård finns till som ett skydd för den enskilde. Om möjligheterna att ingripa med tvång blir för snäva kan den enskildes liv och hälsa riskera att försämrats. Missbruksutredningen lade ett förslag som liknar vårt när det gäller förutsättningarna för tvångsvård. Bland annat innebar deras förslag liksom vårt ett krav på oundgängligt vårdbehov. Som framgår i avsnitt 7.2.4 skiljer sig det från dagens LVM där det räcker med att ett vårdbehov föreligger. Kritiker till Missbruksutredningens förslag menade att det skulle innebära att personer i behov av vård inte får det. Vi bedömer att detta kan vara en risk med det förslag vi lägger. Särskilt kan en sådan risk föreligga när det handlar om en person som har ett omfattande skadligt bruk eller beroende, men där inga påtagliga psykiska eller fysiska konsekvenser hunnit visa sig än. Vi anser dock att hälsoriskerna i en sådan situation måste vägas mot den enskildes grundlagsstadgade skydd mot frihetsberövande. Det behöver också beaktas att vård utan den

enskildes samtycke kan begränsa tillit och förutsättningarna för en behandlingsallians. Av det vetenskapliga underlaget framgår att det finns behandlingar för skadligt bruk eller beroende som bara kan genomföras med goda resultat om den enskilde samtycker. Sammantaget anser vi att dessa argument väger tyngre än riskerna som kravet på det ska föreligga ett oundgänglighet vårdbehov innebär. Vi anser också att riskerna hanteras genom våra förslag att vård för alla psykiatriska tillstånd ska ges samordnat, att en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja ska stärkas och att det för en viss målgrupp ska finnas tillgång till en samordnad vård- och stödverksamhet.

Ovan har vi dessutom redogjort för förarbetsuttalanden kring oundgänglighetsbegreppet som visar att det ger utrymme för att vårda en person även i situationer som inte är akuta, och att vården kan pågå en tid tills patientens hälsosituation blivit mer stabil och det inte längre finns en påtaglig risk för återfall.

Vi gör även bedömningen att vårt förslag innebär att personer, i högre grad än vad som är möjligt i dag, kan komma att vårdas i slutenvård några dagar vid akuta situationer när den enskildes liv är i fara eller nyss har varit det och riskerar att snart bli det igen. Även det har vi utvecklat ovan.

Ingen social indikation

En annan risk med förslaget är att tvångsvård inte kan komma i fråga enbart på grund av den enskildes sociala situation. Vi har ovan utvecklat vilka fördelar vi ser med att det är det psykiatriska tillståndet som blir grund för omhändertagandet. Dessutom kan vi konstatera att den sociala indikationen i dag används självständigt endast i undantagsfall. Av 100 förvaltningsrättsdomar som vi har gått igenom har den sociala indikationen åberopats i 46 fall, men nästan alltid i kombination med den medicinska indikationen. Den sociala indikationen har endast självständigt åberopats i 2 fall. Vårt förslag innebär inte heller att patientens sociala situation inte alls kan beaktas, utan förarbetsuttalanden ger stöd för att oundgänglighetsrekvisitet ska tillämpas så även enligt dagens LPT. Därför anser vi att risken med att den sociala indikationen tas bort är begränsad.

Fler personer än tidigare tvångsvårdas på grund av skadligt bruk eller beroende

Som framgår ovan innebär förutsättningarna för tvångsvård i LPT och de anpassningar som vi föreslår att fler personer än tidigare kan bli föremål för tvångsvård än vad som i dag är fallet enligt LVM. I synnerhet rör det sig om personer som vårdas på grund av överdoser och om personer som vårdas på grund av drogutlösta psykoser. I det förstnämnda fallet kan LPT bli tillämplig om personen har ett skadligt bruk eller beroende och det föreligger en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa som föranleder ett oundgängligt vårdbehov. Det kan exempelvis vara fallet om personen flera gånger vårdats på grund av överdos eller om personen helt vägrar ta emot råd om hur överdoser ska undvikas i framtiden, och samtidigt har nedsett somatisk eller psykiatrisk hälsa. När det gäller personer med drogutlösta psykoser kan vården redan i dag ges med stöd av LPT, men vårdtiden kan enligt vårt förslag bli längre om det föreligger ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Vi bedömer att den ökade möjligheten till tvångsvård måste beaktas som en risk med förslaget. Tvång ska som vi tidigare konstaterat vara ett undantag och längre vårdtider utan samtycke saknar evidens. Vi anser dock att det är rimligt att kunna ingripa i livräddande syfte, i synnerhet som dödlighet i narkotikaförgiftningar är hög och personer som återkommande drabbas av förgiftningar, psykoser, olycksfall eller gör självmordsförsök befinner sig i en mycket riskfylld situation. Mot den bakgrunden anser vi att det är försvarligt att vård genom förutsättningarna i LPT kan ske utan samtycke i vissa akuta situationer, i synnerhet som det rör sig om korta vårdtider. Det bör också beaktas att möjligheten ökar för personer med skadligt bruk eller beroende att få frivillig vård, genom att regionernas hälso- och sjukvård, enligt våra förslag i delbetänkandet, ska ansvara för all behandling av skadligt bruk eller beroende.

En särskild risk att beakta är om personer skulle avstå från att söka nödvändig vård för att undvika att bli tvångsvårdade. Den risken föreligger redan i dag, både att personer undviker socialtjänstens insatser för att de själva eller deras barn inte ska bli föremål för tvångsingripande, eller att personer med psykiatriska tillstånd undviker kontakt med psykiatrin utifrån risken att tvångsvårdas. När det gäller de förutsättningar för tvångsvård som vi föreslår här måste

dock den direkta risken att det är nödvändig somatisk sjukhusvård personen undviker beaktas särskilt. Därför är också förutsättningarna för tvångsvård snävt utformade. En överdos eller ett olycksfall är aldrig i sig grund för tvångsvård, utan det måste vara ett antal sammanvägda objektiva faktorer kopplat till patientens hälsotillstånd som utgör en påtaglig risk för liv eller hälsa. Det ska också finnas ett oundgängligt behov av vård på en inrättning för psykiatrisk dygnet-runtvård. Som vi konstaterat ovan föreligger ett sådant behov sällan under lång tid.

I vilken grad personer undviker vård beror emellertid också på vårdens innehåll. En väl utbyggd frivillig vård och fungerande sociala stödinsatser gör att dramatiska tvångsinsatser kan undvikas. För deltagarna i den samordnade vård- och stödverksamheten finns stora möjligheter att få samordnade insatser som gör att tvångsvård kan undvikas och att inläggning kan ske på ett planerat och skonsamt sätt om förutsättningarna är uppfyllda.

Närståendeskyddet begränsas

Som framgår ovan föreslår vi att risken för att en person till följd av det allvarliga skadliga bruket eller beroendet utgör en fara för andras personliga säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa ska beaktas vid bedömningen av vårdbehovet. Bestämmelsen i LPT skiljer sig från förutsättningarna i LVM på två sätt. I LVM är det en av specialindikationerna att personen kan befaras komma att *allvarligt skada sig själv* eller någon *närstående*, medan det i LPT är ett perspektiv som ska beaktas när vårdbehovet bedöms. I LPT är det annans situation som ska beaktas medan det i LVM är närstående specifikt som ska skyddas. Bestämmelsen i LVM har motiverats med att *närstående* har en särskilt utsatt situation. Våldet mot anhöriga sker oftast i hemmet där hjälp utifrån inte kan påräknas. En utomstående har heller ingen känslomässig spärr mot att ange gärningsmannen eller mot att medverka under utredning och rättegång och känner ingen skuld mot att gärningsmannen hamnar i fängelse.⁵³

Det finns också ett samband mellan skadligt bruk eller beroende och allvarligt våld mot närstående. Av Socialstyrelsens senaste rapport avseende dödsfalls- och skadeutredningar framgår att av de 55 gär-

⁵³ SOU 1987:22 Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget, s. 282.

ningspersoner som omfattades av utredningen hade drygt 40 procent av dessa ett missbruk av alkohol och/eller narkotika. Nästan hälften hade minst ett (1) psykiatriskt tillstånd, varav personlighetsstörning och ångest- och tvångssyndrom var vanligast. Av dem som hade ett psykiatriskt tillstånd hade två tredjedelar även ett missbruk.⁵⁴ Av ansökningarna om LVM-vård som gjordes 2020 återropades närståendeindikationen i en tredjedel av fallen, så gott som alltid i kombination med indikationen om allvarlig fara för patientens egen hälsa.

Utifrån vad som anförs ovan finns det en risk för att närståendeskyddet försvagas med vårt förslag. Vi anser dock att risken är begränsad. Ett skäl till den bedömningen är att vårt förslag innebär att det blir tydligt i lagstiftningen att skaderisken för andra ska beaktas kopplat till allvarligt skadligt bruk eller beroende. Att det inte är en självständig grund anser vi får mindre betydelse. Även i LVM är det en förutsättning att patienten själv har ett vårdbehov och statistiken visar, som framgår ovan, att specialindikationen inte används självständigt utan i kombination med hälsoindikationen.

Vi anser dock att det måste framgå klart av lagens förarbeten att skyddet för närstående är särskilt viktigt att beakta. När vi utvecklar vårt förslag ovan och i lagkommentaren uppmärksammar vi den aspekten.

Anhörigas perspektiv behöver uppmärksammas även generellt när det gäller skadligt bruk och beroende. Därför har vi i avsnitt 9.3.3. i delbetänkandet föreslagit att socialtjänsten ska få ett förtydligt ansvar att ge stöd till anhöriga och bedömt att deras situation också måste uppmärksammas av hälso- och sjukvården. Vi har särskilt understrukit att anhöriga ska ses som en resurs och ska få vara delaktiga när en person får insatser från den samordnade vård- och stödverksamheten.

7.3 Öppen psykiatrisk tvångsvård

I detta avsnitt föreslår vi vissa förändringar av regleringen LPT, i fråga om öppen psykiatrisk tvångsvård. Syftet med förändringarna är tydliggöra möjligheterna för en flexibel utslussning från den slutna psykiatriska tvångsvården, underlätta det administrativa för-

⁵⁴ Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2018–2021, s. 63.

farandet i vissa avseenden samt att förtydliga vissa delar av lagstiftningen.

Vi föreslår inga ändringar i fråga om den öppna vårdformen i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, eftersom den lagstiftningen innehåller andra förutsättningar och kräver andra överväganden än i LPT, bland annat kopplat till samhällsskyddet. Däremot kommer vissa av våra förslag, bland annat de om innehållet i en samordnad vårdplan enligt 7 a § LPT (avsnitt 7.3.4), att gälla även LRV eftersom den lagen i detta fall hänvisar till LPT.

7.3.1 Allmänt om nuvarande bestämmelser

Den 1 september 2008 infördes i LPT och LRV möjligheten till öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård (3 § första stycket 2 LPT, 3 § andra stycket LRV) som en reaktion på att permissionsinstitutet tillämpats på ett sätt som inte ansågs överensstämma med lagstiftningen. Regeringen ansåg det angeläget att finna lagliga förutsättningar för att ge nödvändig psykiatrisk vård och annat behovsanpassat stöd till de personer som på grund av sin psykiska störning inte kan skrivas ut från tvångsvård, men som inte heller behöver vara intagna vid en sjukvårdsinrättning. Det ansågs också viktigt att skapa möjligheter till en flexibel utslussning där patientens behov är avgörande för hur utslussningen utformas.⁵⁵

Avsikten med den öppna vårdformen är att den ska kunna omfatta de patienter som behöver följa en viss behandling eller iaktta andra särskilda villkor *för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård*, utan att ha ett behov av sluten vård. *Syftet* är att bättre kunna anpassa nivån på tvångsingripandet till varje enskild patients behov. *Målsättningen* är att en patient därmed inte ska behöva riskera att utsättas för en större integritetskränkning än vad som är absolut nödvändigt för att kunna ge honom eller henne erforderlig psykiatrisk vård.

Det med tvångsvården uttalade *syftet* i 2 §, och som vi ovan menar ska fortsätta gälla, avser emellertid även den öppna tvångsvården, dvs. att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till *nödvändig* vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.⁵⁶ Enligt 17 §

⁵⁵ Prop. 2007/08:70 En ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 75.

⁵⁶ Jfr Gustafsson, E, Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet, En rättsvetenskaplig monografi om LPT, Studentlitteratur 2010, s. 126 f och 170 f.

andra stycket (6 § LRV) ska behandlingsåtgärderna anpassas till vad som krävs för att uppnå detta syfte.

Gemensamt för såväl sluten som öppen psykiatrisk tvångsvård är att patienten lider av en *allvarlig psykisk störning* (3 § första stycket LPT). En ytterligare förutsättning för tvångsvård – gemensamt för båda vårdformerna – är att patienten *motsätter sig sådan vård som avses i första stycket*, eller det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke (3 § andra stycket). För båda vårdformerna gäller även att patientens farlighet ska beaktas vid bedömningen av vårdbehovet (3 § fjärde stycket).

Det som skiljer sig mellan sluten och öppen tvångsvård är vårdbehovsrequisitet. För *sluten* psykiatrisk tvångsvård krävs att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett *oundgängligt behov* av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (3 § första stycket p. 1). För *öppen* psykiatrisk tvångsvård gäller i stället att patienten *behöver iakttä särskilda villkor* för att kunna ges *nödvändig psykiatrisk vård* (3 § första stycket 2).

Det krävs alltid att patienten initialt har ett oundgängligt behov av sluten psykiatrisk tvångsvård innan vården kan övergå i öppen form (2 § LPT, 3 § LRV). Någon närmare tidsgräns för hur lång tid den slutna vården först måste pågå finns inte. I förarbetena sägs endast att patienten i vart fall i ett inledande skede måste uppfylla förutsättningarna för sluten vård.⁵⁷

Det är förvaltningsrätten som fattar beslut om övergång från tvångsvård i öppen eller sluten form och föreskriver de villkor som ska gälla (7 och 9 och 26 §§ LPT, 12 a § LRV⁵⁸). Rätten får dock överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om villkoren, något som kan återtas av rätten när det finns skäl för det. Det ankommer på rätten att själv avgöra utformningen och omfattningen av villkoren. Det finns ingenting som hindrar att domstolen föreskriver andra villkor än de som chefsöverläkaren föreslagit i ansökan.⁵⁹ Under särskilda förutsättningar får beslutas att en patient i öppen psykiatrisk tvångsvård åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård (26 a § LPT, 3 a och 3 b §§ LRV).

⁵⁷ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 145.

⁵⁸ Avser patienter utan beslut om särskild utskrivningsprövning.

⁵⁹ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 91.

7.3.2 Särskilt om öppen psykiatrisk tvångsvård vid allvarligt skadligt bruk eller beroende

Som framgår av avsnitt 7.2.3 föreslår vi att 3 § LPT kompletteras med att tvångsvård även får ges om patienten lider av ett *allvarligt skadligt bruk eller beroende*. Det innebär att detta blir en av de grundläggande förutsättningarna även för den öppna psykiatriska tvångsvården.

Vårdtiden i LVM är maximalt sex månader (20 § LVM) vilken är satt utifrån förutsättningen att den enskilde ska kunna slussas ut i öppnare vårdformer under tvångsvårdstiden. Statens institutionsstyrelse (SiS) ska, enligt 27 § LVM, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne ska beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Bestämmelsen har tillkommit för att underlätta en smidig övergång till en fortsatt vård i frivilliga former. Vårdtiden på ett LVM-hem har från lagstiftaren avsetts att endast i undantagsfall komma att uppgå till sex månader. Genom institutet vård i annan form har getts förutsättningar för en tidig utslussning från LVM-hemmet. Ett viktigt motiv för en längre vårdtid, i förhållande till de två månader med möjlighet till förlängning som gällde initialt, var just möjligheten att i ett inledningsskede omgärda vård *utanför* LVM-hemmet med visst tvång.⁶⁰

Nära 80 procent av de intagna på LVM-hem får någon gång under vårdtiden vård i en annan form.⁶¹ Med sådan vård avses såväl institutionsvård som öppen vård. Klienterna kan under LVM-tiden till exempel vårdas i kommunalt drivna verksamheter, institutioner med enskild huvudman, i öppenvård, familjehem eller eget hem. Det måste dock alltid ingå en adekvat behandling i sådan vård. Det får inte förekomma att någon bereds möjlighet att vistas utanför LVM-hemmet utan att hen ingår i något vårdprogram.⁶²

LVM innehåller inga särskilda förutsättningar för när vård i annan form ska kunna beslutas utan det är SiS som, med hänsyn till den planerade vården, så snart det kan ske ska besluta om vård i annan form och socialnämnden ska se till att sådan vård anordnas. LVM innehåller heller inga förutsättningar för när SiS kan besluta att hämta tillbaka den enskilde till LVM-hemmet (27 § tredje stycket LVM). I lagen sägs endast att om det inte längre finns förutsätt-

⁶⁰ Prop. 1987/88:147, Tvångsvård av vuxna missbrukare, m.m., s. 101.

⁶¹ SiS i korthet, 2021.

⁶² Prop. 1987/88:147, Tvångsvård av vuxna missbrukare, m.m., s. 105.

ningar för vård i annan form, får SiS besluta att hämta tillbaka klienten. Ett sådant beslut kan heller inte överklagas (44 § LVM).

Vid vård enligt LPT för skadligt bruk eller beroende kommer, som framgår i avsnittet ovan, vårdtiderna att variera beroende på den enskilde patientens behov och förutsättningar. I vissa fall blir vårdtiderna korta därför att det efter några dagar på sjukhus inte längre föreligger en påtaglig risk för liv och hälsa – och därmed inte ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. I andra fall, till exempel om patienten lever under utsatta sociala förhållanden och är negativ till vård- och stödinsatser, kan det krävas längre tid i slutenvården för att uppnå en stabilare psykisk hälsa och för att etablera kontakt andra verksamheter som ger vård och stöd. För patienter med ett allvarligt skadligt bruk eller beroende, liksom för patienter med en allvarlig psykisk störning, ska den slutna psykiatriska tvångsvården inte pågå längre tid än vad som är oundgängligt. Vårdbehovet kan dock fortsätta att vara oundgängligt även en tid efter att patienten avgiftats och fått abstinensbehandling för att patientens tillstånd ska bli stabilt och för att öka förutsättningarna för att planera och inleda fortsatt behandling och stöd.

Om det inte längre finns ett oundgängligt behov av vård på sjukvårdsinrättning för sluten psykiatrisk tvångsvård men vården inte heller bedöms kunna upphöra ser vi den öppna vårdformen enligt LPT som ett värdefullt verktyg för den fortsatta vården. Den öppna vårdformen ger möjlighet till en flexibel utslussning och en möjlighet att anpassa nivån på tvångsingripandet till den enskilde patientens behov. Det kan till exempel handla om att patienten behöver vistas i någon form av boende, genomgå viss öppenvårdsbehandling eller annars hålla regelbunden kontakt med psykiatrin eller beroendevården. Därmed uppnås i princip samma möjligheter till vård i öppnare former som i dag ges med stöd av LVM. För personer med ett skadligt bruk eller beroende som lever under utsatta sociala förhållanden och är negativa till vård- och stödinsatser kan det krävas längre tid att uppnå en stabilare psykisk hälsa och för att etablera kontakt exempelvis med den samordnade vård- och stödverksamheten eller andra verksamheter som bedriver vård och stöd. I sådana fall kan öppen psykiatrisk tvångsvård vara relevant. Vår genomgång av domar från förvaltningsrätterna ger också vid handen att de villkor som ställts vid öppen psykiatrisk tvångsvård i många fall torde vara hänförliga till patienter med en beroendeproblematik såsom att

patienten ska gå med på provtagning för att påvisa drogfrihet eller villkoret att patienten inte ska inta alkohol eller droger.

Det förutsätts också i förarbetena till nuvarande LPT att den öppna vårdformen kan vara relevant i fråga om patienter med ett skadligt bruk eller beroende. Så talas till exempel om att chefsöverläkaren snabbt kan behöva besluta om återintagning, varom mera i avsnitt 7.3.6, om patientens vårdbehov förändras mycket snabbt, till exempel vid ett återfall i missbruk.⁶³

I förarbetena till LPT har också särskilt nämnts personer med allvarlig psykisk störning och *missbruk* som behöver vistas på ett behandlingshem eller i någon form av särskilt boende som kan tillgodose patientens behov av vård, behandling och socialt rehabiliterande insatser som lämplig patientgrupp för den öppna vårdformen. En sådan patient bör även kunna åläggas andra villkor till exempel skyldighet att iaktta viss behandling, för att motverka att patienten återfaller i missbruk och tidigare socialt mönster.⁶⁴ Vidare nämndes personer med *allvarlig och långvarig psykisk störning som vid upprepade tillfällen varit intagna för tvångsvård* på grund av att de inte frivilligt kunnat sköta sin behandling på ett tillfredsställande sätt och därför bedömts kunna klara sig i det egna hemmet endast under förutsättning att de är skyldiga att iaktta vissa villkor. Det gäller *dels personer som behöver kontinuerlig medicinering eller annan behandling* för att inte återfalla i självdestruktivt eller hotfullt beteende och riskera att allvarligt skada sig själv eller någon annan, *dels personer som på grund av varaktigt funktionshinder behöver vistas i någon form av särskilt boende och iaktta viss behandling* för att upprätthålla sina grundläggande funktioner och inte allvarligt försämrats i sin sjukdom.⁶⁵ Detta är självfallet relevant även för personer med skadligt bruk eller beroende. Därvid ska också anmärkas att vid vårdbedömningen ska även i fråga om den öppna vårdformen patientens farlighet beaktas (3 § fjärde stycket LPT).

Den öppna vårdformen är inte avsedd att användas som en möjlighet att slentrianmässigt ge patienten långtidsmedicinering utanför sjukvårdsinrättningen. Tvärtom förutsätts det i förarbetena att både hälso- och sjukvård och socialtjänst bedriver ett aktivt rehabiliteringsarbete med utgångspunkt i patientens behov.⁶⁶ Det samma

⁶³ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 115.

⁶⁴ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 88.

⁶⁵ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 88.

⁶⁶ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 76.

gäller personer med skadligt bruk eller beroende. Öppen psykiatrisk tvångsvård kan exempelvis inte användas enbart för att upprätthålla nykterhet och drogfrihet utan det måste vara ett behov av vård som tillgodoses under vårdtiden.

Det ankommer på chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven att hålla sig à jour med hur den öppna psykiatriska tvångsvården fortlöper och besluta om utskrivning när förutsättningarna för tvångsvård inte längre är uppfyllda (27 § LPT). Finns varken förutsättningar för sluten eller för öppen psykiatrisk tvångsvård ska tvångsvården upphöra. I avsnitt 7.3.7 utvecklar vi resonemangen om tvångsvårdens upphörande.

7.3.3 Ansökan och beslut

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.

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

I 39 § LPT regleras frågan om delegation av beslut enligt 6 c §.

Nuvarande bestämmelser

Som framgått inledningsvis krävs det alltid att patienten initialt har ett oundgängligt behov av sluten psykiatrisk tvångsvård innan vården kan övergå i öppen form (2 § LPT, 3 § LRV). Någon närmare tidsgräns för hur lång tid den slutna vården först måste pågå finns emellertid inte. Enligt förarbetena måste patienten i vart fall i ett *inledande skede* uppfylla förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård.⁶⁷ Utifrån nuvarande regelverk är det alltså möjligt att

⁶⁷ Prop. 2007/08: 70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 145.

ansöka hos förvaltningsrätten om den öppna vårdformen så snart chefsöverläkaren anser att patienten bör ges sådan vård.⁶⁸

Det är förvaltningsrätten som ska besluta om medgivande till fortsatt vård i öppen form efter ansökan av chefsöverläkaren (7 § LPT, 12 a LRV). Det är också rätten som ska föreskriva de villkor som ska gälla för vården, även om rätten får överlämna till chefsöverläkaren att besluta om villkoren (26 § LPT).

Om chefsöverläkaren finner att patienten bör ges tvångsvård *utöver fyra veckor* från dagen för beslutet om intagning, ska chefsöverläkaren före utgången av fyra veckorstiden ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till sådan vård.

Chefsöverläkaren ska även ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård när hen anser att den psykiatrisk psykiatriska tvångsvården bör *övergå i öppen eller sluten form* (7 § LPT).

Rätten ska på ansökan enligt 7 § besluta i frågan om fortsatt vård i form av sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård, varefter vården får pågå under högst fyra månader, räknat från dagen för beslutet om intagning (8 § LPT). På ansökan av chefsöverläkaren får rätten medge att tvångsvården fortsätter i form av öppen eller sluten psykiatrisk psykiatrisk tvångsvård utöver den längsta tiden enligt 8 §. Medgivande får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från den dag då förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan (9 § LPT).

Skäl för förslaget

Den öppna psykiatriska tvångsvården är, som framgått ovan, avsedd att kunna anpassa nivån på tvångsingripandet till varje patients behov som därmed inte ska behöva utsättas för större integritetskränkning än vad som är absolut nödvändigt för erforderlig psykiatrisk vård.

Bakgrunden till att det är förvaltningsrätten som efter ansökan av chefsöverläkaren fattar beslut om övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård är att det av lagstiftaren har ansetts utgöra ett beslut om *en ny form av tvångsingripande*. Detta till skillnad från permission – som också beslutas av chefsöverläkaren (jfr 25 § LPT) – som ansetts utgöra en del av utformningen av vården på sjukvårdsinrättningen. Enligt förarbetena förutsätter den öppna vårdformen att patienten uppfyller andra i LPT angivna krav än vad som gäller för sluten vård.

⁶⁸ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 88.

Därför har det ansetts nödvändigt att ett beslut om *öppen* psykiatrisk tvångsvård ställs under domstolsprövning.⁶⁹

Vi menar att den öppna psykiatriska vårdformen är en viktig möjlighet inte minst för personer med ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Det är emellertid enligt vår uppfattning angeläget, liksom enligt nuvarande regelverk, att tvångsvården alltid inleds i den slutna vårdformen så att patientens tillstånd hinner stabiliseras och att det kan göras en ordentlig utredning och diagnostik. Det krävs också en ordentlig utredning av vilka villkor som är nödvändiga för att patienten ska kunna ges nödvändig psykiatrisk vård utanför vårdinrättningen och en planering och samordning med den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

I förarbetena till nu gällande lag har påtalats att chefsöverläkaren är ”skyldig” att lämna in en ansökan om medgivande till fortsatt vård om hen, *redan under den inledande fyraveckorsperioden* anser att patienten bör ges öppen psykiatrisk tvångsvård. En patient bör kunna överföras till den öppna vårdformen så fort som möjligt då hen uppfyller förutsättningarna för sådan vård.⁷⁰ Detta förutsätter dock, utifrån dagens regelverk, en ansökan om medgivande hos förvaltningsdomstolen.

En patient ska inte utsättas för större frihetsinskränkning än vad som är absolut nödvändigt. En patient – oavsett om hen vårdas till följd av en allvarlig psykisk störning eller ett allvarligt skadligt bruk eller beroende – som inte längre har ett oundgängligt behov av vård på sjukvårdsinrättningen men heller inte kan skrivas ut från tvångsvården utan särskilda villkor, ska kunna överföras till den öppna vårdformen så snart det är möjligt. I syfte att bidra till att en patient inte behöver vårdas i den slutna vårdformen längre än vad som är oundgängligt och att i någon mån minska den administrativa bördan för chefsöverläkaren och förvaltningsrätten föreslår vi att chefsöverläkaren ska kunna fatta beslut om övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård redan inom ramen för de fyra veckor som tvångsvård kan pågå utan medgivande av domstolen (jfr 7, 8 och 9 §§ LPT). I linje med detta bör också chefsöverläkaren kunna föreskriva de villkor som ska gälla under den aktuella perioden, vilket behandlas i avsnitt 7.3.5.

Visserligen är den öppna tvångsvården, som påpekades i förarbetena till nu gällande lag, en övergång till en ny form av tvångsingripande. Enligt vår uppfattning förutsätter dock inte den öppna vård-

⁶⁹ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 90.

⁷⁰ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 91.

formen andra krav, i förhållande till sluten psykiatrisk tvångsvård, än att patienten, i stället för ett oundgängligt vårdbehov, behöver iaktta särskilda villkor för att nödvändig psykiatrisk vård ska kunna ges. I övrigt gäller kravet på allvarig psykisk störning, att patienten motsätter sig – i förevarande sammanhang – nödvändig psykiatrisk vård och att patientens farlighet beaktas.

Givet att proportionalitetsbestämmelserna beaktas, att förutsättningarna i 3 § är uppfyllda, att det föreligger en adekvat utredning och en samordnad planering, varom mera i det följande, bör chefsöverläkaren kunna fatta ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård direkt under fyraveckorsperioden, liksom i fråga om permissionsbeslut där chefsöverläkaren kan förena permissionen med samma slags villkor enligt 26 § LPT som vid öppen psykiatrisk tvångsvård. Det handlar om ett beslut som avser en begränsad tid – de fyra första veckorna av tvångsvården – och en öppnare vårdform där patienten får vistas utanför sjukvårdsinrättningen. Det innebär också att chefsöverläkaren nog måste tillse att de villkor som ställs inte inkräktar på grundläggande fri- och rättigheter såvida det inte finns särskilt lagstöd för viss åtgärd. Dessutom har, enligt 33 § 5 LPT, patienten rätt att överklaga chefsöverläkarens beslut som innebär meddelande av villkor, vilket gäller redan i dag. Det betyder också att patienten ska underrättas om hur ett sådant beslut överklagas.

Oaktat att det är fråga om tvångsvård får bestämmelserna i 18–24 §§ om olika tvångsåtgärder inte tillämpas så länge den enskilde vårdas i den öppna vårdformen. Sådana åtgärder kräver att patienten vårdas i den slutna psykiatriska tvångsvården.⁷¹ Det ska understrykas att inte heller i de fall som en patient – under tiden för öppen psykiatrisk tvångsvård – tas in för frivillig vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, kan någon form av tvångsåtgärder tillämpas. Patienten får till exempel inte hindras att lämna vårdinrättningen eftersom vården meddelas med stöd av HSL.⁷² Om situationen är akut och tvångsåtgärder är nödvändiga måste man ta ställning till om förutsättningarna för återintagning till sluten psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda om inte situationen är så allvarig att man kan falla tillbaka på bestämmelserna om nød eller nödvärn i brottsbalken.

⁷¹ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården s. 110 f.

⁷² Jfr JO Dnr 5705-2014. JO understryker också vikten av att det ställs högs krav när det gäller att försäkra sig om att frivillighet föreligger och att informationen till patienten uppfyller kraven på tydlighet, saklighet och fullständighet för ett välgrundat beslut.

Om emellertid tvångsvården ska pågå utöver fyra veckor ska ansökan till förvaltningsrätten ske på samma sätt som i dag antingen det handlar om öppen eller sluten psykiatrisk tvångsvård. I sådana fall är det också domstolen som ska föreskriva de villkor som ska gälla, såvida det inte delegeras till chefsöverläkaren (jfr 26 § LPT). Den samordnade vårdplanen ska därvid bifogas ansökan (7 § fjärde stycket LPT).

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.

Nuvarande bestämmelser

Chefsöverläkaren ska enligt gällande bestämmelser ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård när hen anser att den psykiatriska tvångsvården bör övergå i öppen eller sluten form (7 andra stycket LPT). I ansökan ska det anges om vården avser sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård. I ansökan om *öppen* psykiatrisk tvångsvård ska det anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården, vilka särskilda villkor rätten bör föreskriva och, så långt möjligt, patientens inställning till dessa villkor. Till ansökan ska det fogas en sådan samordnad vårdplan som avses i 7 a § (7 § femte stycket LPT).

En samordnad vårdplan ska, enligt 7 a § första stycket, innehålla uppgifter om *det bedömda behovet* av insatser från regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård,

beslut om insatser och, så långt möjligt, *patientens inställning* till insatserna i vårdplanen, *vilken enhet* vid regionen eller kommunen som *ansvarar* för respektive insats, och eventuella åtgärder som vidtas av *andra* än regionen och kommunen.

Av 7 a § andra stycket framgår att vårdplanen ska upprättas av chefsöverläkaren, om han eller hon bedömer att patienten kommer att vara i behov av insatser enligt första stycket i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård. Vårdplanen ska så långt möjligt utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående. Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller regionen som svarar för insatserna. Vårdplanen är upprättad när den har justerats av enheterna.

Chefsöverläkaren ska underrätta berörd enhet vid region, kommun eller annan huvudman om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård (7 a § tredje stycket).

Skäl för förslaget

En god vårdplanering inom den psykiatriska tvångsvården är en grundläggande förutsättning för att säkerställa kvaliteten och säkerheten i omhändertagandet av en patient. Att utredning och planering har betydelse för tvångsvårdens resultat framgår av forskning inom området.⁷³ Därför ska, enligt 16 § LPT, en *vårdplan* upprättas snarast efter det att patienten tagits in för tvångsvård. Vårdplanen enligt 16 § LPT ska ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården (jfr 2 § LPT) ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå. Begreppet vårdplan i denna bestämmelse avses indikera att planen inte bara ska omfatta den medicinska behandlingen utan även omvårdnad samt i många fall insatser från socialtjänsten.⁷⁴ I 16 § andra stycket LPT åläggs chefsöverläkaren att undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt det är möjligt ska detta ske i samråd med patienten. Lagstiftaren har, i förarbetena, utgått från att kontakter kommer att behöva tas med socialtjänsten. I sammanhanget kan därvid noteras den sekretessbrytande bestämmelsen i 43 § LPT.⁷⁵ I lag

⁷³ Israelsson, Utfall av lagstadgad tvångsvård för personer med missbruks- och beroendevård – en systematisk översikt. 2021.

⁷⁴ Prop. 1999/2000:44, Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, s. 116.

⁷⁵ Prop. 1999/2000:44, Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, s. 116.

(2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, förkortad samverkanslagen, finns bestämmelser om att en individuell samordnad planering enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ska upprättas under vissa förutsättningar inför att en patient skrivs ut från öppen vård. Vi föreslår i avsnitt 8.5 att dessa bestämmelser justeras för att planeringen ska påbörjas så tidigt som möjligt och för att det ska finnas tydliga incitament för kommunen att delta i den.

I fråga om den *öppna vårdformen* gör sig behovet av en gemensam vårdplanering mellan region och kommun särskilt gällande. Det är en förutsättning för vårdformen att *både regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst medverkar aktivt* och ger nödvändiga vård-, stöd- och servicetjänster när de behövs. Utan en grundligt genomförd planering av insatserna finns det inte förutsättningar för att på ett framgångsrikt sätt bedriva tvångsvård utanför sjukvårdsinrättningen, vilket har kommit till uttryck genom bestämmelserna i 7 och 7 a §§ LPT om en *samordnad vårdplan*. När en person har behov av öppen psykiatrisk tvångsvård ska dessa bestämmelser⁷⁶ tillämpas i stället för bestämmelserna om individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.⁷⁷ Av 7 a § LPT framgår vad en samordnad vårdplan ska innehålla. Vi har bland annat i kapitel 5 och kapitel 8 konstaterat att den samordnade vård- och stödverksamheten kommer vara viktig för många patienter som vårdas enligt LPT och LRV. Därför föreslår vi att 7 a § kompletteras så att det framgår att chefsöverläkare inom ramen för vårdplanen ska överväga om patienten tillhör målgruppen för verksamheten.

I den praktiska tillämpningen har emellertid bestämmelserna i LPT om *samordnad vårdplan* vällat diskussion. Vad ska gälla i fråga om den samordnade vårdplanen om patienten till exempel inte har behov av insatser från socialtjänsten? Ordalydelsen i 7 § ger uttryck för att en samordnad vårdplan *ska* bifogas ansökan medan ordalydelsen i 7 a § ger intrycket att vårdplanen ska upprättas av chefsöverläkaren *om* han eller hon bedömer att patienten kommer att vara i behov av insatser.

Förarbetena är inte helt entydiga, dock kan utläsas att lagstiftaren förutsatt att en samordnad vårdplan *ska* upprättas. För det fall att en

⁷⁶ Jfr även 12 a § LRV.

⁷⁷ Jfr 4 kap. 1 § andra stycket lag (2017:612) lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Se även prop. 2016/17:106, Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, s. 74.

vårdplan inte bifogats ansökan ankommer det på rätten att förelägga chefsöverläkaren att komplettera sin ansökan. Finns inte behov av insatser från till exempel socialtjänsten eller om patienten inte önskar sådana insatser, ska det framgå av den samordnade vårdplanen.⁷⁸

Också Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) har i Mål nr 1361-20 från april 2021 konstaterat att ovan nämnda bestämmelser lästa tillsammans kan ge intryck av att det finns situationer då en samordnad vårdplan inte behöver upprättas. HFD fann dock, med hänvisning till förarbetena, att det inte finns något utrymme för chefsöverläkaren att inför en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård göra bedömningen att patienten inte kommer att vara i behov av någon av de insatser som anges i 7 a § första stycket. Även om patienten inte bedöms ha behov av insatser från kommunens socialtjänst, kommer patienten alltid att ha behov av insatser från hälso- och sjukvården.⁷⁹ Mot bakgrund av vad som anförts fann HFD att den aktuella regleringen måste förstås så, att det till ansökan om övergång till eller fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård alltid ska fogas en *samordnad vårdplan som avses i 7 a § LPT*. Till ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård ska det enligt 9 § tredje stycket LPT alltid bifogas en *uppföljning* av den samordnade vårdplanen.

Det framgår även av Socialstyrelsens föreskrifter 3 kap. 9 § SOSFS 2008:18 att om det inte är möjligt att upprätta den samordnade vårdplanen i samråd med patienten, ska orsaken till detta anges i planen. När det inte finns behov av insatser från socialtjänsten eller om patienten inte önskar sådana insatser, ska detta framgå av den samordnade vårdplanen.

Oaktat att regeringen i tidigare lagstiftningsärendet inte ansett det nödvändigt att genomföra några klagoranden av lagtexten⁸⁰ är det uppenbart att ordalydelsen lett till tvivel om hur bestämmelserna ska tolkas vilket också föranlett HFD att pröva frågan. Mot denna bakgrund, samt att vi föreslår att chefsöverläkaren ska kunna fatta beslut om den öppna vårdformen inom ramen för de fyra första veckorna av tvångsvården, anser vi det nödvändigt med ett tydliggörande i lagstiftningen så att det blir entydigt att en samordnad vårdplan alltid ska bifogas en ansökan till rätten om medgivande till öppen psykia-

⁷⁸ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 94 och 99.

⁷⁹ Jfr prop. 2016/17:94, Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rätts psykiatrisk vård, s. 23.

⁸⁰ Prop. 2016/17:94, Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, s. 23.

trisk tvångsvård. Av den föreslagna 6 c § framgår, med hänvisning till 7 a §, att en samordnad vårdplan även ska upprättas i de fall chefsöverläkaren beslutar om öppen psykiatrisk tvångsvård inom ramen för de fyra veckor som tvångsvård kan pågå utan medgivande av domstol.

Det framgår inte av gällande lag vem som ska kalla till vårdplaneringen. Eftersom det är chefsöverläkaren som upprättar vårdplanen har lagstiftaren sannolikt ansett det självklart att chefsöverläkaren har det ansvaret. Det blir emellertid otydligt i relation till samverkanslagen av vilken det av 4 kap. 3 § framgår att det är den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården som ska kalla till samordnad individuell planering enligt SoL och HSL, som är en förutsättning för att det kommunala betalningsansvaret för utskrivningsklara patienter ska träda ikraft. Av samma lag, 4 kap. 1 § andra stycket, framgår att för patienter som ges öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård ska planeringen göras genom en samordnad vårdplan enligt 7 a § LPT och 12 a § LRV. Den planeringen görs av chefsöverläkaren.

Som framgått i avsnitt 8.5 finns problem i samband med utskrivning till öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Regleringen vi föreslår tydliggör att en kallelse ska ske även vid upprättande av en samordnad vårdplan enligt 7 a § LPT och 12 a § LRV, och att det genom förändringen vi föreslår i avsnitt 8.5 ska ske i samband med att inskrivningsmeddelandet mottagits. Genom förslaget får kommunen en formell kallelse med stöd av samverkanslagen som reglerar betalningsansvaret. Det sker i god tid före utskrivning i samband med inskrivningsmeddelandet då kommunen ska påbörja planeringen av insatser.

Av 7 a § andra stycket tredje meningen LPT framgår att den samordnade vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller regionen som svarar för insatserna. Av förarbetena framgår att den samordnade vårdplanen så allsidigt som möjligt ska belysa patientens behov av insatser och avsikten är att uppnå en samordnad planering av de insatser som kan vara aktuella. Kravet på en samordnad vårdplan innebär att chefsöverläkaren måste få till stånd en samordnad planering och uppföljning av regionens och kommunens insatser. För det fall patienten inte har något behov av insatser från kommunens sida behöver inte något samråd ske med

kommunen.⁸¹ Detta hindrar emellertid inte, som framgått ovan, att en vårdplan alltid ska upprättas vid ansökan till förvaltningsrätten och vid chefsöverläkarens beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Av förarbetena framgår även att för att undvika oklarheter om vem som ansvarar för de insatser som patienten har behov av och för att inte riskera att patientens behov inte blir tillgodosedda, ska det i vårdplanen särskilt anges vilka enheter vid regionen eller kommunen som ansvarar för de aktuella insatserna.⁸²

Det är chefsöverläkaren som enligt 7 a § upprättar den samordnade vårdplanen. Utifrån patientens behov av insatser behöver personal med olika kompetenser delta i den samordnade vårdplaneringen.⁸³ Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller regionen som svarar för insatserna och anses upprättad när den har justerats av *enheterna*. Även denna formulering har vållat osäkerhet i fråga om vilka enheter som ska justera; de som deltagit i planeringen utan att de ska svara för några insatser eller enbart de enheter som ska svara för insatserna. Av förarbetena torde dock den slutsatsen kunna dras att de enheter som ska justera vårdplanen är de för insatserna ansvariga enheterna.⁸⁴ Vårdplanen kan därför innehålla insatser som bara en huvudman svarar för. För att undvika oklarheter i fråga om vilka enheter som ska justera vårdplanen föreslår vi därför att detta förtydligas i lagstiftningen.

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 §.

Villkorskatalogen i fjärde stycket kompletteras med att villkoren även kan avse en skyldighet att underkasta sig provtagning.

⁸¹ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 147 f.

⁸² Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 148.

⁸³ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 148.

⁸⁴ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 148.

Allmänt om villkor

Den öppna vårdformen förutsätter att en patient ska vara i behov av att iakttas särskilda villkor för att kunna ges *nödvändig psykiatrisk vård*. Vårdformen förutsätter också att hälso- och sjukvården samverkar med socialtjänsten för att ge varje patient den vård och det stöd som hen behöver.

Enligt förarbetena kan villkoren exempelvis avse vård, boende eller deltagande i behandling vid ett skadligt bruk eller beroende. En förutsättning för öppen psykiatrisk tvångsvård kan också vara att den enskilde patienten frivilligt ansöker om bistånd enligt socialtjänstlagen, eller LSS.⁸⁵ Någon möjlighet att ge insatser med tvång utifrån dessa lagar finns dock inte, vilket av lagstiftaren heller inte ansetts önskvärt. Den öppna vårdformen förutsätter ett aktivt samarbete med den enskilde patienten. Behöver patienten bistånd av socialnämnden i form av ett särskilt boende för att kunna bo utanför sjukvårdsinrättningen krävs det att patienten är tillräckligt motiverad att genomgå den öppna vårdformen och därför vill ansöka om det bistånd som hen har behov av.⁸⁶

I förarbetena till nu gällande lag förutsätts att många patienter kommer att behöva bistånd enligt SoL eller insatser enligt LSS. Det kan handla om exempelvis hemtjänst, boendestöd, bostad med särskild service, daglig sysselsättning, kontaktperson eller HVB, stödperson, god man, förvaltare, ekonomiskt bidrag, personligt ombud m.m. Beträffade frågan om hur tvång inom vården ska harmonieras med den frivillighet och självbestämmande som är vägledande vid tillämpningen av SoL och LSS uttryckte lagstiftaren att villkoren endast anger de ramar för vården som behövs för att tvångsvården ska kunna bedrivas utanför sjukvårdsinrättningen. Villkoren tar sikte på vad patienten *gentemot chefsöverläkaren* har att förhålla sig till.

När det gäller förhållandet mellan patient och socialtjänst förutsätter den öppna vårdformen ett aktivt samarbete med patienten, bland annat på så sätt att patienten frivilligt ansöker om eventuella insatser enligt SoL eller LSS. Om en patient inte på något sätt vill delta i en vård utanför sjukvårdsinrättningen kan den öppna vårdformen inte genomföras. Om det finns ett samband med de villkor chefsöverläkaren föreslår och de insatser som ges av kommunen

⁸⁵ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 85 f.

⁸⁶ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 85 f.

måste planeringen ske tillsammans med respekt för varandras uppdrag och befogenheter enligt gällande lagstiftning. Villkor som till exempel innebär att personal ska hindra en person att lämna ett boende är exempelvis inte förenligt med lagstiftningen. Också villkor som på andra sätt innebär att medarbetare i socialtjänsten ska utföra uppgifter som är ingripande för den enskilde, till exempel alltid följa med ut eller övervaka inköp eller liknade är inte lämpliga.

I förarbetena uttalas vidare, att om patienten väljer att, inom ramen för den öppna vårdformen, inte delta i beslutade insatser, kan frågan om återintagning av patienten aktualiseras om det är motiverat med hänsyn till patientens psykiska tillstånd eller personliga förhållanden. Det underströks dock, att det aldrig kan bli fråga om att ge insatser med tvång utifrån SoL och LSS. Inte heller den psykiatrisk psykiatriska behandlingen kan genomdrivas med tvångsåtgärder så länge patienten ges öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård.⁸⁷

Villkorskatalogen

De särskilda villkoren regleras i 26 § tredje stycket LPT (12 a och 16 a §§ LRV). Det är samma slags villkor som kan föreskrivas av chefsöverläkaren vid permission enligt 25 § och det är samma villkor som vid lagens ikraftträdande gällde vid permission.

De särskilda villkoren får enligt 26 § LPT avse

- skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud mot att använda berusningsmedel,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller

⁸⁷ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 112.

- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.⁸⁸

Villkorskatalogen är inte uttömmande utan vilka särskilda villkor som bör föreskrivas i det enskilda fallet är beroende på patientens behov och om vården ges enligt LRV där samhällsskyddet får en mer framträdande betydelse när det gäller patienter med särskild utskrivningsprövning.⁸⁹ I förarbetena talas om att i vissa fall kommer till exempel patienten att kunna bo hemma, arbeta/studera och ha som enda villkor att ta sin medicin regelbundet eller att delta i missbruksbehandling. I andra fall kommer patientens tillstånd att motivera ett flertal villkor, till exempel i form av särskilt boende, daglig sysselsättning, terapi och förbud att uppsöka vissa personer.⁹⁰

I förarbetena uttalas också att villkoren bör kunna avse, förutom medicinering och andra sjukvårdsinsatser, även boende, sysselsättning, stöd och service, social rehabilitering eller andra insatser enligt socialtjänstlagen och LSS, men också andra åtgärder som bedöms vara nödvändiga för att en patient *inte ska återinsjukna* eller *återfalla i missbruk* och *tidigare socialt mönster*. I varje enskilt fall bör noga prövas om villkoren uppfyller dessa krav och syften. En *avvägning* måste göras mellan den kränkning av patientens självbestämmande, integritet och värdighet som ett beslut om vård med de aktuella villkoren innebär och de effekter på patientens hälsa och livskvalitet de medför.⁹¹

Vi har gått igenom 100 slumpvis utvalda avgöranden från förvaltningsrätterna år 2021 för att bland annat se vilka villkor som ställs i den praktiska tillämpningen. Därvid kan konstateras att de flesta villkoren är knutna till insatser inom hälso- och sjukvården. Kravet på medicinering dominerar (87 procent) liksom krav på att hålla kontakt med psykiatrin, antingen öppenvården (45 procent) eller slutenvården (29 procent). I 13 procent av fallen ställs som villkor att patienten inte ska inta alkohol eller droger och i 21 procent att patienten går med på provtagning, främst för att påvisa drogfrihet.

Vad gäller insatser från socialtjänsten framträder villkoret att vistas på anvisat boende starkast (20 procent). I ungefär lika många fall har ställts som villkor att patienten ska hålla kontakt med och ta

⁸⁸ Exempelvis att patienten är skyldig att ta emot besök i bostaden av företrädare för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, eller skyldighet att följa föreskrifter om daglig sysselsättning. Se prop. 1999/2000:44 s. 118.

⁸⁹ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 111.

⁹⁰ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 111.

⁹¹ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 84.

emot stöd från socialtjänsten. Det kan handla om boendestöd eller hemtjänst eller kontakt med missbruksenheten. Boendevillkoret knyts ofta ihop med att patienten ska följa boendets regler. Vad detta faktiskt innebär framgår inte.⁹²

Det framgår inte alltid av förvaltningsrätternas avgöranden vilka diagnoser eller sjukdomstillstånd som ansetts föreligga. I 45 procent av domarna framgår endast att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. I övrigt handlar det generellt om patienter med psykosjukdomar. Alkohol- eller drogproblematik kan utläsas i 13 procent av domarna.

Sammanfattningsvis kan man av villkorskatalogen i 26 § LPT konstatera att villkor för öppen psykiatrisk tvångsvård kan avse såväl skyldigheter som förbud och de kan avse vitt skilda förpliktelser avseende såväl hälso- och sjukvård som sådant som mer är att hänföra till socialtjänst. Grundläggande för villkoren är dock, så som framgår av 3 § 2, att patienten behöver iaktta dessa för att kunna ges nödvändig *psykiatrisk vård*.

Skäl för förslaget

Enligt gällande lag är det rätten som vid beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård ska föreskriva de särskilda villkor enligt 3 § första stycket 2 som ska gälla för vården. Rätten får dock överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor och, när det finns skäl för det, också återta denna beslutanderätt (26 § andra stycket LPT).

Som framgår av avsnitt 7.3.3 föreslår vi att chefsöverläkaren ska kunna fatta beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård inom den fyraveckorsperiod som anges i 7 § första stycket LPT. Som en följd av detta införs en ny bestämmelse i andra stycket i 26 § LPT att chefsöverläkaren får föreskriva de villkor som enligt 3 § 2 ska gälla för vården under den aktuella tiden.

Vid ansökan om medgivande till vård utöver fyra veckor är det rätten som ska föreskriva villkoren på samma sätt som gäller i dag, såvida inte rätten beslutat att delegera detta till chefsöverläkaren. Vi anser att de möjligheter att ställa villkor som lagstiftningen redan i dag ger utrymme för i princip är tillräckliga även i fråga om per-

⁹² Se Gustafsson 2010 s. 173 f och Gustafsson 2012, Velferd och Retferd s. 175 f. om huruvida villkor kan ersätta erforderligt lagstöd för inskränkningar i grundläggande fri- och rättigheter.

soner med skadligt bruk eller beroende. Vi föreslår dock att villkorskatalogen kompletteras med att villkoren även kan avse en skyldighet att underkasta sig provtagning.

I avsnitt 7.4 föreslår vi att det i lagstiftningen ska regleras att en patient som vårdas i sluten psykiatrisk tvångsvård ska vara skyldig att under vissa förutsättningar lämna prov för att påvisa alkohol- och drogfrihet.

7.3.6 Återintagning

Förslag: Chefsöverläkaren får besluta att en patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård, om patientens psykiska tillstånd eller personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att behovet av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen.

Om chefsöverläkaren anser att den slutna psykiatriska vården bör fortsätta ska, utom i fall som avses i den föreslagna 6 c §, ansökan göras hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt sluten vård senast fyra dagar från dagen för beslutet.

Nuvarande bestämmelser

Det är förvaltningsrätten som fattar beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård. För att detta beslut ska kunna ersättas med ett nytt beslut om *sluten* psykiatrisk tvångsvård krävs som *huvudregel* att, efter ansökan av chefsöverläkaren, rätten på nytt prövar om förutsättningarna för sådan vård är uppfyllda (7, 9 §§ LPT, och 12 a, 16 a §§ LRV).

Samtidigt är det viktigt att kunna ingripa snabbt med ett beslut om återintagning då *förvaltningsrättens beslut inte kan avvaktas* med hänsyn till risken för patientens eller annans hälsa eller personliga säkerhet (26 a § 2 LPT, 3 c § 2 och 3 d § 2 LRV). I sådana fall ges *chefsöverläkaren* befogenhet att fatta beslut om återintagning om hen bedömer att *förutsättningarna för sluten vård* (3 § första stycket 1 och andra stycket) åter är uppfyllda eller, såvitt gäller LRV utan särskild utskrivningsprövning, den psykiatriska vården inte längre kan tillgodoses utanför vårdinrättningen. Som en ytterligare förutsättning för återintagning enligt LPT krävs att rättens beslut om fortsatt vård

inte kan avvaktas med hänsyn till risken för patientens eller annans hälsa eller personliga säkerhet. För patienter som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning ska även risken för återfall i allvarlig brottslighet beaktas.

Anser chefsöverläkaren att den *slutna* psykiatriska tvångsvården bör fortsätta ska, senast fyra dagar från dagen för beslutet, hen ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt sluten vård (26 a § andra stycket LPT, 3 c § LRV, 3 d § LRV).

Chefsöverläkarens beslut om återintagning kan överklagas enligt 32 § LPT varför patienten ska underrättas om hur beslutet överklagas. Förvaltningsrättens beslut överklagas i enlighet med regelverket i förvaltningsprocesslagen (1971:291).

Särskilt om bristande följsamhet till villkoren

Vid öppen psykiatrisk tvångsvård har patienten bedömts klara ett liv utanför vårdinrättningen med stöd av den samordnade vårdplanen och de beslutade villkoren. Vad händer då om patienten inte följer villkoren?

I förarbetena betonas att återintagning *inte* får ske ”enbart” som en *sanktion* för att ett villkor inte har iakttagits. Underlåtenheten att följa villkoren måste också innebära *risker* för patientens psykiska tillstånd eller i förekommande fall risk för återfall i brottslighet. Återintagning ska till exempel *inte* kunna ske ”bara därför” att patienten kommer på återbesök en dag för sent, men väl om patienten över huvud taget vägrar att infinna sig för behandling och chefsöverläkaren anser att detta kan få *negativa konsekvenser* för patientens hälsa eller för patientens sätt att agera i förhållande till andra människor. När det gäller beslut om *sluten* psykiatrisk tvångsvård ska bland annat bedömas om patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på sjukvårdsinrättningen. För att en patient som till exempel inte tar sin medicin i öppenvården ska anses ha ett sådant oundgängligt behov av vård bör det kunna konstateras dels att *medicineringen är oundgänglig* för att tillgodose patientens behov av psykiatrisk vård,

dels att medicineringen *inte kan ske någon annanstans* än på sjukvårdsinrättningen.⁹³

En bedömning måste ske i varje enskilt fall. Om ett villkor av någon anledning inte följs behöver det inte betyda att patienten är i ett oundgängligt behov av sluten vård. Det kan bero på omständigheter som ligger utanför patientens påverkan. Om emellertid patienten inte går att nå eller om det visar sig att patientens psykiska tillstånd eller sociala förhållanden har förändrats bör frågan om återintagning aktualiseras. Detsamma bör gälla om det är förenat med villkoren att patienten måste acceptera att ta emot hembesök av regionens eller kommunens personal och vägrar släppa in personalen i bostaden. ”Om chefsöverläkaren till exempel av anhöriga eller socialtjänst, fått veta att patienten börjat missbruka droger eller på något annat sätt återfallit i tidigare socialt mönster, kan det vara anledning att aktualisera frågan om återintagning. Detsamma gäller om patienten lämnar ett särskilt boende eller ett behandlingshem där hen ska vistas enligt de villkor som gäller”.⁹⁴ Återintagning kan också bli aktuellt om patienten inte tar sin medicin på utsatt tid och därmed riskerar att försämrats i sin psykiska sjukdom. Patienten kan därvid, enligt förarbetena, anses ha ett oundgängligt behov av vård på sjukvårdsinrättning.⁹⁵

Återintagningsinstitutets konstruktion vållade redan något år efter ikraftträdandet diskussion. I Socialstyrelsens publikation om insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar 2011 redovisades vissa tillämpningsproblem med lagstiftningen, bland annat att vårdformen inte tillämpades i vissa regioner eftersom det ansågs ta för lång tid att återinta den som missköter medicinering eller bryter mot andra specifika villkor. I stället för att ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård skrevs patienten ut från tvångsvården. Missköttes medicineringen togs patienten in för sluten vård med stöd av ett nytt vårdintyg vilket ansågs vara en smidigare lösning.

Vissa uttalanden av Högsta förvaltningsdomstolen (HFD), exempelvis i RÅ 2010 ref 93 där domstolen bland annat konstaterat att patienten inte kan återföras till sluten vård bara för att han eller hon inte rättar sig efter villkoren, har också ansetts bidra till att återintagningsinstitutet ansett svårt att tillämpa. I målet anförde HFD bland

⁹³ Prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 117.

⁹⁴ Prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 117.

⁹⁵ Prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 152 f.

annat att eftersom den öppna tvångsvården inte var förenad med något egentligt tvång kunde den ordinerade medicineringen inte påtvingas patienten inom ramen för sådan vård. Den omständigheten att patienten utan den ordinerade medicinen sannolikt skulle komma att insjukna om några månader eller något år kunde enligt domstolen inte medföra att medicinen ”nu” skulle anses nödvändig.⁹⁶

I ett pleniavgörande från 2015 (HFD 2015 ref 64) ger emellertid domstolen uttryck för ett annorlunda synsätt vad gäller förutsättningarna för öppen psykiatrisk tvångsvård. I det aktuella målet hade patienten varit föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård sedan 2013 och motsatte sig att vården skulle fortsätta. Patienten uppgav själv att medicinen inte gav någon effekt och att hon skulle sluta med den om tvångsvården upphörde. HFD konstaterade att i RÅ 2010 ref. 93 ansågs medicinering i syfte att förebygga ett sannolikt återinsjuknande inom några månader eller något år inte vara nödvändig vård. HFD menade dock i målet från 2015 att under vissa förutsättningar måste medicinering för att förebygga en framtida försämring kunna anses vara sådan nödvändig psykiatrisk vård som avses i 3 §.⁹⁷

Vi menar att det synsätt domstolen ger uttryck för i det senare målet ytterligare indikerar att bristande villkorsuppfyllelse skulle kunna utgöra grund för ett beslut om återintagning om det innebär en risk för att patienten påtagligt ska försämrats. Vårt förslag till lagtext syftar till att uttrycka ett sådant synsätt. Liksom enligt gällande lag är avsikten *inte* att återintagning ska ske så fort följsamheten till villkoren brister. Det krävs ett övervägande i varje enskilt fall att underlåtenheten att följa villkoren innebär risker för patientens hälsa. En bedömning måste också ske om patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk tvångsvård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på sjukvårdsinrättningen. Vägledning för bedömningen kan med fördel hämtas från förarbetena till nu gällande lag vilket redovisats ovan.

⁹⁶ Se även Vahlne Westerhäll, L, Östlund, A, Öppen psykiatrisk tvångsvård – en lagteknisk felkonstruktion.

⁹⁷ Se närmare i avgörandet vilka hänsyn domstolen anser bör tas vid bedömningen.

Skäl för förslaget

Som framgår av avsnitt 7.3.2 menar vi att den öppna psykiatriska tvångsvården kan vara ett viktigt led i behandlingen av personer med ett skadligt bruk eller beroende. Det gäller till exempel personer som lever i socialt utsatta förhållanden och som förhåller sig negativ till vård- och stödsatser. Då kan det krävas en längre tid för att uppnå en stabilare psykisk hälsa. Vårdformen kommer också att aktualiseras i utslussningsfasen från psykiatrisk tvångsvård och i sådana fall pågå en begränsad tid.

Av framställningen ovan kan den slutsatsen dras att det definitivt är så att bristande följsamhet till ställda villkor kan föranleda en återintagning, dock efter en bedömning i det enskilda fallet. Det torde också stå klart att för att *sluten* psykiatrisk tvångsvård ska kunna komma i fråga ska förutsättningarna för sådan vård vara uppfyllda.

Vid ett skadligt bruk eller beroende finns alltid en risk för återfall. Enligt förarbetena kan det hända att patientens vårdbehov förändras mycket snabbt, till exempel vid ett *återfall i missbruk* eller brott, en oförutsedd yttre händelse eller utebliven medicinerings. I dessa fall kan det vara befogat att ta in patienten så fort som möjligt på sjukvårdsinrättningen igen.⁹⁸ För en snabb intervention finns redan enligt gällande lag förutsättningar för chefsöverläkaren att *interimistiskt* besluta om återintagning. Dock krävs, förutom behovet av slutna psykiatrisk tvångsvård, att rättens beslut inte kan avvaktas med hänsyn till risken för patientens eller annans hälsa eller personliga säkerhet. Detta har enligt uppgifter till utredningen i praktiken tolkats som att patienten i princip ska utgöra en allvarlig fara för sig själv eller andra för att återintagning ska kunna beslutas.

För att i viss utsträckning förenkla återintagningsinstitutet så att detta kan tillämpas i enlighet med – så som framgått ovan – lagstiftarens intentioner, föreslår vi att det av 26 a § framgår att chefsöverläkaren får besluta att en patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård åter ska ges slutna psykiatrisk tvångsvård, om patientens psykiska tillstånd eller personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att behovet av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen.

Förslaget innebär att det alltid är chefsöverläkaren som ska besluta om återintagning. Nuvarande huvudregel, att det är förvalt-

⁹⁸ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 115.

ningsrätten som beslutar om återgång till sluten psykiatrisk vård, föreslås upphöra. Chefsöverläkaren har redan i dag befogenhet att besluta om sluten psykiatrisk tvångsvård (6 b § LPT) och den vården kan pågå i fyra veckor utan domstolsprövning, såvida patienten inte överklagar. Det förefaller därför naturligt att om chefsöverläkaren bedömer att patienten åter är i behov av sluten psykiatrisk tvångsvård i enlighet med förutsättningarna i 3 § LPT ska chefsöverläkaren också kunna besluta om sådan vård. Anser chefsöverläkaren att den slutna vården bör fortsätta ska, liksom enligt nu gällande bestämmelser, ansökan göras hos förvaltningsrätten inom fyra dagar från dagen för beslutet.

Ansökan till förvaltningsrätten inom fyra dagar ska *inte* gälla i fall då chefsöverläkaren beslutat om öppen psykiatrisk tvångsvård enligt den föreslagna 6 c §, dvs. inom de fyra veckor som tvångsvård kan pågå utan medgivande av domstolen. I sådana fall kan chefsöverläkaren besluta att patienten åter ska ges sluten vård så länge detta håller sig inom ramen för de fyra veckorna.

Ett beslut om återintagning är överklagbart enligt 32 § LPT och patienten ska därför underrättas om hur beslutet kan överklagas. Det ska också erinras om att, enligt 47 § 5 ska, på begäran av chefsöverläkaren, Polismyndigheten lämna hjälp för att återföra en patient till vårdinrättningen, om denne inte återvänt dit sedan beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård har fattats.

Vårt förslag avses förenkla återintagningsmöjligheterna. Samtidigt är det till gagn för rättssäkerheten – jämfört med regelverket i LVM – att det är reglerat under vilka omständigheter återintagning får ske. Dessutom kan patienten överklaga såväl chefsöverläkarens som förvaltningsrättens beslut om återintagning (32 § LPT) vilket inte kan göras enligt LVM. Enligt LVM får Statens institutionsstyrelse (SiS) besluta att en klient som beretts vård i annan form enligt 27 § den lagen ska hämtas tillbaka till LVM-hemmet om det inte längre finns förutsättningar för vård i annan form. Lagen innehåller ingenting om under vilka premisser en återintagning får ske och SiS beslut kan heller inte överklagas.

7.3.7 Den öppna tvångsvårdens upphörande

När det inte längre finns förutsättningar för öppen psykiatrisk tvångsvård till exempel därför att patienten inte längre har ett allvarligt skadligt bruk eller beroende eller inte längre behöver iaktta vissa villkor, ska den öppna tvångsvården upphöra (jfr 27 § LPT). Om det inte längre föreligger en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa eller om risken kan hanteras på annat sätt än genom än genom de särskilda villkoren är förutsättningarna för tvångsvård inte längre uppfyllda. Ett exempel kan vara en person som vistats i ett HVB efter den slutna tvångsvården har blivit mer stabil genom en tids nykterhet eller drogfrihet, tar emot behandling och har börjat en planering för vård och stöd i öppna former. I en sådan situation ska den öppna tvångsvården upphöra även om vården i HVB fortsätter. Det är inte tillräckligt i en sådan situation för att tvångsvården ska fortsätta att det finns en återfallsrisk eller att patienten ibland är ambivalent till fortsatt behandling. Frivillig vård är alltid huvudregel och det är bara när det finns en påtaglig risk kopplat till patientens liv eller hälsa som tvångsvården kan fortsätta. I exemplet ovan kan det enligt vår bedömning antas att den genomsnittliga tiden för öppen psykiatrisk tvångsvård blir fyra till sex veckor.

Ett annat exempel kan vara en person som efter ungefär lika lång tid har en etablerad kontakt med den samordnade vård- och stödverksamheten och har en mer stabil boendesituation än innan tvångsvården, även om personen fortfarande har ett skadligt bruk eller beroende. Bedöms tillståndet då vara stabilt är förutsättningarna för tvångsvård inte längre uppfyllda. Nödvändig psykiatrisk vård kan ges utan ställande av villkor.

Om personen i stället flera gånger avbryter kontakten med vård- och stödverksamheten, uppträder hotfullt mot närstående eller vårdpersonal och visar symtom på ett allvarligt psykiatriskt tillstånd som inte klingar av, kan tvångsvården behöva pågå längre tid. Om situationen eskalerar kan det bli aktuellt att återinta personen i slutna psykiatrisk tvångsvård. I undantagsfall kan den öppna tvångsvården pågå flera månader eller år genom att chefsöverläkaren ansöker om förlängning ett antal gånger. Vår bedömning är att det ofta handlar om personer som också har en allvarlig psykisk störning och som även enligt den nuvarande utformningen av LPT blir föremål för tvångsvård. Det kan exempelvis vara en person med schizofreni och

beroendesjukdom som upprepade gånger återfallit i substansbruk och psykosgenombrott med ytterligare försämring och allvarliga sociala konsekvenser eller risk för våld mot närstående som följd.

I förarbetena till nu gällande lag framhålls att utgångspunkten för den psykiatriska tvångsvården är att vårdtiderna ska hållas så korta som möjligt. Ett tvångsingripande ska alltid präglas av restriktivitet och användas som den sista lösningen när en frivillig väg inte är framkomlig. Samtidigt påpekades att korta vårdtider inte bör vara ett syfte i sig. Tvärtom bör målsättningen vara att patienten ska ges möjlighet att, utifrån sina förutsättningar och sin sjukdom, kunna leva ett så individanpassat och bra liv som möjligt. Längden på den tid det kan ta att ge patienten tillräcklig rehabilitering och motivation att själv delta i fortsatt nödvändig psykiatrisk vård varierar mellan olika individer. För att vården ska kunna anpassas till varje patients behov är det, anfördes vidare, av största vikt att lagstiftningen ger utrymme för en så individanpassad vård som möjligt, vilket är ett av huvudsyftena med den öppna vårdformen. Den öppna vårdformen kan leda till att vårdtiderna inne på sjukvårdsinrättningarna kortas, men samtidigt är det möjligt och även rimligt att de totala vårdtiderna inom tvångsvården för vissa patienter kan komma att förlängas.⁹⁹

7.4 Alkohol- och drogkontroll

Förslag: I en ny paragraf, 23 c § LPT, vilken genom hänvisning i 8 § LRV även gäller vid vård enligt den lagen, införs en ny bestämmelse om att en patient, på begäran, *vid ankomsten* till vårdinrättningen är skyldig att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov för kontroll av om han eller hon är påverkad av narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådant medel som avses i 1 § lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådan vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Patienten får uppmanas att lämna prov endast *om det finns anledning* till det.

Skyldigheten gäller även om det *under vårdtiden kan misstänkas* att den intagne är påverkad av sådan dryck eller vara eller något sådant medel som anges i bestämmelsen. Det är chefsöverläkaren som fattar beslut om provtagning. I 6 a § regleras att

⁹⁹ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 103.

bestämmelsen även gäller efter ett beslut om kvarhållning, om förutsättningarna i 23 c § är uppfyllda. Det tydliggörs också i 26 § LPT att de särskilda villkoren vid öppen psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård får avse provtagning. 2 a och 2 b §§ LPT och LRV kompletteras med att även kontrollåtgärder omfattas av proportionalitetsbestämmelserna. Det införs även kompletterande bestämmelser i 39 § avseende delegation av beslut om provtagning.

I förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård regleras att uppgift om provtagning enligt 23 c § jämte skälen för och resultatet av åtgärden ska dokumenteras i patientens journal.

7.4.1 Bakgrund

Enligt 2 kap. 6 § regeringsformen är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Detta skydd får, enligt 20 § första stycket samma kapitel, begränsas genom lag. Tagande av till exempel urinprov är ett sådant kroppsligt ingrepp som avses i 2 kap. 6 § regeringsformen. Om provtagningen är att anse som påtvingad krävs därför lagstöd för att åtgärden ska få vidtas.¹⁰⁰ Ett ingrepp är påtvingat om det allmänna disponerar över maktmedel för att genomdriva åtgärden. Det kan vara fråga om direkt våldsanvändning från en offentlig befattningshavares sida, men ett ingrepp kan även vara påtvingat i den meningen, att den enskildes motstånd bryts genom hot om någon sanktion. Enligt JO ska bestämmelsen tolkas så att den ställer upp ett skydd också mot att en befattningshavare – utan att använda eller vara beredd att använda tvång i egentlig bemärkelse – uppträder på ett sätt som får till följd att någon med fog uppfattar sig vara tvungen att underkasta sig provtagning. Som exempel nämndes underförstådda eller uttryckliga påtryckningar av olika slag.¹⁰¹

Att prov tas från människokroppen och undersöks är per definition i 28 kap. 12 § rättegångsbalken att anse som en kroppsbesiktning. Detta gäller även för motsvarande åtgärder som regleras i annan lagstiftning.

¹⁰⁰ Jfr JO:s ämbetsberättelse 2009/10 s. 39.

¹⁰¹ Jfr JO:s ämbetsberättelse 2003/04 s. 72.

7.4.2 Skäl för förslaget

Skyldighet att underkasta sig provtagning

Till skillnad från LVM innehåller LPT och LRV inga bestämmelser som innebär att en patient är skyldig att underkastas viss provtagning. För att detta ska få ske krävs därför samtycke från patienten.

Vid vård enligt LPT eller LRV kan det emellertid uppkomma situationer där det är nödvändigt att kontrollera att patienten är alkohol- eller drogfri. Detta behov torde i viss mån finnas redan inom ramen för nuvarande lagstiftning men sannolikt blir behovet än större när hälso- och sjukvården har ansvaret för all vård och behandling vid skadligt bruk eller beroende. Det kan ses som ett verksamt och relevant instrument för att vid behov säkra en adekvat behandling och för att vården på avdelningen ska kunna bedrivas på ett säkert sätt. Samhället har också tagit på sig ett stort ansvar gentemot en enskild person som vårdas med tvång. Den som är intagen för tvångsvård på grund av skadligt bruk eller beroende ska ha rätt att kräva en miljö utan förekomst av alkohol eller andra preparat.

Mot bakgrund av fri- och rättighetsskyddet och vad som anförts ovan föreslår vi att det i en ny bestämmelse i LPT, vilken genom hänvisning i 8 § LRV även ska gälla vid vård enligt den lagen, införs regler om patientens skyldighet att lämna vissa, i bestämmelsen uppräknade, prover för kontroll om patienten är påverkad av vissa medel. Av rättssäkerhetsskäl är det viktigt att det framgår tydligt vilken provtagning patienten kan bli skyldig att genomgå.

Bestämmelsen är inte begränsad till patienter som uppenbart har ett skadligt bruk eller beroende. Det finns heller ingen nedre åldersgräns i LPT och LRV och det ska inte heller gälla för provtagning. När patienten är ett barn måste det dock enligt barnkonventionen göras en bedömning av om kravet på provtagning är förenligt med barnets bästa. Däremot avses bestämmelsen *inte* gälla patienter som vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Det kan vara av särskild vikt att kunna fastställa en aktuell påverkan av alkohol eller andra droger vid patientens *ankomst* till vårdinrättningen, både för att fastställa aktuellt skadligt bruk, för att kunna hantera eventuell avgiftning och för den fortsatta behandlingsplaneringen. Patientens är därför på begäran skyldig att lämna sådana prov som avses i bestämmelsen *vid ankomsten* till sjukvårdsinrättningen. Det ska dock finnas visst fog för att uppmana patienten

ten att lämna prov. En förutsättning för provtagning vid *ankomsten* till vårdinrättningen är att det *finns anledning* till det. Härmed avses att det ska finnas skäl till provtagningen, till exempel att det finns uppgifter att patienten använt alkohol eller andra droger tidigare. Även omständigheterna som föregår intagningen på vårdinrättningen kan inverka på bedömningen om det finns anledning. Patienten kan exempelvis ha blivit omhändertagen i en miljö där det antas ha förekommit narkotika och att det därför finns anledning att ta prov för att avgöra om den enskilde är påverkad. Att det ska finnas anledning att uppmana patienten att lämna prov innebär också att det krävs ett övervägande i varje enskilt fall. Åtgärden får inte vidtas rutinmässigt eller generellt, utan det ska i varje enskilt fall finnas en anledning till att patienten uppmanas att lämna prov.

Med *ankomst till vårdinrättningen* avses inte enbart själva intagningen utan hit räknas även att patienten kommer tillbaka efter att ha varit avviken till exempel från en permission, eller kommer tillbaka efter beslut om återintagning från öppen psykiatrisk tvångsvård. En uppmaning att lämna prov ska också kunna ske efter beslut om kvarhållning men före ett formellt intagningsbeslut. Skälen för och resultatet av provtagningen ska dokumenteras i patientens journal.

Provtagning kan också begäras om det *under vårdtiden* kan *misstänkas* att patienten är påverkad av någonting som omfattas av bestämmelsen. Det kan till exempel vara att patientens agerande är sådant att man kan misstänka att det föreligger en påverkan. Orsaken till misstanken liksom provresultatet ska dokumenteras i patientens journal. Att något *kan misstänkas* innebär en högre misstankegrad än vad som gäller vid ankomsten, då det endast krävs att det finns anledning till begäran. Ett prov kan under vårdtiden tas endast om misstanken är välgrundad.

Bestämmelsen innehåller ingenting om sanktioner vid vägran att avge prov. Ett positivt prov eller vägran att lämna prov får inte utgöra grund för bestraffning. Däremot kan det efter en medicinsk bedömning leda till att viss behandling inte kan sättas in eller att patienten inte kan ges permission eller öppen psykiatrisk tvångsvård. Det ska i det sammanhanget noteras att en nekad permission kan överklagas enligt 33 § LPT (18 § LRV).

Av förarbetena till motsvarande bestämmelse i LVM (32 a §) framgår att ett positivt utslag i ett drogtest vid en sällningsanalys alltid bör följas upp av en verifikationsanalys. Detta är särskilt viktigt

om patienten förnekar att hen har intagit droger. Med en verifikationsanalys undviker man risken att en patient oskyldigt blir misstänkt för att ha varit drogpåverkad. Det torde också vara betydelsefullt för vårdens fortsatta genomförande, eftersom en förtroendefull relation mellan personal och intagna är en viktig förutsättning för ett framgångsrikt påverkans- och motivationsarbete.¹⁰² Även JO (Dnr 5705-2014) har uttalat att resultat som visats vid ett screeningtest bör användas med försiktighet eftersom resultatet inte är tillräckligt tillförlitligt. Då ett positivt resultat kan visa sig vara felaktigt bör ingripande beslut gentemot en patient inte grundas enbart på ett sådant test.

Den provtagning som kan bli aktuell är blod-, urin-, utandnings-saliv- eller svettprov. Det övervägdes i fråga om LVM att även kunna ställa krav på hårprov. Lagstiftaren menade dock att en analys av ett hårprov ger mycket mer information än övriga metoder och kan ge upphov till ett informationsöverskott som vida överstiger provtagningens syfte.¹⁰³ Det finns enligt vår uppfattning ingen anledning att göra någon annan bedömning vid en reglering i LPT.

Det ska erinras om att en åtgärd, som innebär att kontroll eller tvång riktas mot en enskild, får vidtas endast om den kan anses stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden (jfr 2 kap. 21 § regeringsformen). Detta kommer till uttryck genom ett tillägg i proportionalitetsbestämmelserna i 2 a och 2 b §§.

Provtagning som ett särskilt villkor

Provtagning kan redan enligt dagens bestämmelser ställas upp som ett sådant villkor som en patient ska iaktta i samband med att hen ges öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rätts psykiatrisk vård. Det är dock inte explicit uttryckt i villkorskatalogen i 26 §. Då vi bedömer att ett sådant villkor kommer att vara vanligt när det gäller patienter med ett allvarligt skadligt bruk eller beroende anser vi att bestämmelsen ska kompletteras så att det uttryckligen framgår att ett sådant villkor kan ställas. Om en patient vägrar att ta provet är det inte i sig en grund för återintagning utan det måste göras en bedömning av om det kan innebära att patienten inte längre kan ges

¹⁰² Prop. 2000/01:80, Ny socialtjänstlag m.m., s. 118.

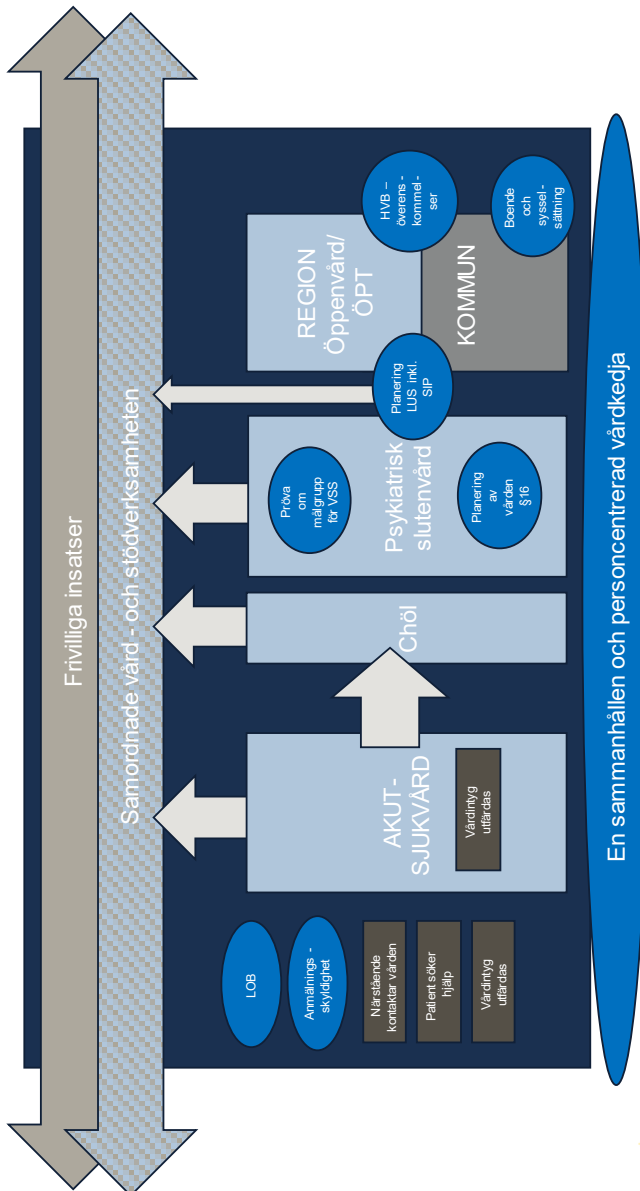
¹⁰³ Prop. 2010/11:107, Förbättrad utslussning från sluten ungdomsvård, s. 24.

vård utanför sjukvårdsinrättningen. Den bedömningen ska ha sin grund i patientens hälsotillstånd och riskerna för liv och hälsa om personen återfaller i skadligt bruk eller beroende. Som framgår ovan kan inte öppen psykiatrisk tvångsvård användas under lång tid enbart för en person inte ska inta droger utan det måste finnas en direkt koppling till personens hälsotillstånd. Provtagningen kan inte ske mot den enskildes samtycke så länge patienten ges öppen vård. Om patienten återintar för sluten psykiatrisk tvångsvård kan den nya bestämmelsen i 23 c § LPT användas.

8 Tvångsvård som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja

I det här kapitlet beskriver vi hur vårdkedjan kan se ut i den modell för tvångsvård vid skadligt bruk eller beroende som vi föreslår. Förslagen ska bland annat förbättra förutsättningarna för en planering som så långt det är möjligt ska utgå från patientens egna mål med vården och de sociala stödinsatserna. Förslagen tar också sin utgångspunkt i de målbilder som vi i delbetänkandet tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga, i den utsträckning som målbilderna är relevanta för tvångsvården. Det gäller bland annat målbilderna att vård och stöd ska hänga ihop som en helhet och att personen ska få vård både för det skadliga bruket och beroendet och för andra psykiatriska tillstånd.

Figur 8.1 Överblick över hur vårdkedjan kan se ut för en patient som tvångsvårdas



Bilden visar ett exempel på hur vårdkedjan för tvångsvårdade patienter kan se ut om utredningens förslag genomförs. De översta pilarna i figuren illustrerar att en patient så fort det är möjligt ska övergå till frivillig vård och att, i de fall det är aktuellt, vård- och stödverksamheten stöttar patienten även under tiden i slutenvården. De blå cirkulärerna motsvarar de förslag vi lämnar för att förstärka vårdkedjan.

Med att vårdkedjan är personcentrerad avses att patientens mål, behov och resurser beaktas i processen. Det innebär också att hänsyn tas till det sammanhang som patienten befinner sig i. Exempel på det kan vara personens nätverk, sysselsättning och boende. Även risker patienten kan vara utsatt för, och erfarenheter som hen har, kan ha betydelse i en personcentrerad planeringsprocess. Lagen om den samordnade vård- och stödverksamheten, som vi föreslog i delbetänkandet, utgår från ett personcentrerat synsätt.

Tvångsvården kan *initieras* på flera sätt, exempelvis genom anmälan från socialtjänst eller genom att patienten själv söker vård, men att det vid undersökningen visar sig att den vård som är nödvändig inte kan ges med patientens samtycke och att övriga förutsättningar för tvångsvård är uppfyllda. Patienter kan också komma in till en psykiatrisk akutmottagning med polis efter att ha omhändertagits med stöd av polislagen, LOB eller LPT. Eller för att en läkare i öppenvården eller på en vårdcentral skrivit ett vårdintyg.

Efter intagningsbeslut påbörjas den psykiatriska tvångsvården. En *vårdplanering* ska påbörjas så snart som möjligt. Vårdplanen ska innehålla en planering för de utrednings- och behandlingsinsatser som behövs. Vården för det skadliga bruket och beroendet ska samordnas med vården för andra psykiatriska tillstånd. Planeringen ska när det är möjligt ta hänsyn till patientens mål med sin vård och behandling.

I möjligaste mån ska insatserna som ges före, under och efter tvångsvården hänga samman och i många fall bör det vara samma verksamheter och personer som ger insatser i olika steg. Kontinuitet och en vård som inte släpper taget förrän patienten själv aktivt avbryter återkommer som en nyckelfaktor i forskning som utgår från personer med egen erfarenhet av beroendeproblematik¹. Den öppenvårdskontakt som patienten har före vårdtillfället ska finnas kvar före, under och efter tvångsvården. Det gäller även eventuella kontakter med socialtjänsten.

¹ Wallhed Finn, 2022, Sammanställning av forskning om patienters upplevelse av tvångsvård dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

I samband med vårdplaneringen ska ställning tas till *om patienten tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten*. Bedöms patienten kunna behöva insatser från socialtjänsten efter utskrivning ska vården kalla till en *SIP*. Den samordnade planeringen ska påbörjas snarast efter det att en fast vårdkontakt utsetts efter att en enhet mottagit ett inskrivningsmeddelande eller så snart därefter som ett behov av insatser från både region och kommun har identifierats. Den samordnade planeringen kan exempelvis innehålla öppenvårdsbehandling för det skadliga bruket eller beroendet och andra psykiatriska tillstånd, åtgärder för att åstadkomma ett långsiktigt boende, en kortare insats på ett HVB-hem eller stödboende, deltagande i verksamheter som bedrivs av civilsamhället, återgång i arbete, arbetsträning eller annan sysselsättning.

8.1 Initierande av tvångsvård

Den initiala kontakten med vården kan ske på många sätt. Det vanligaste är att en person söker vård frivilligt och bedöms ha ett behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Många personer som ges tvångsvård har tidigare haft kontakt med öppenvården eller har det fortfarande. Ibland kan tvångsvård aktualiseras genom en sådan kontakt. Exempelvis kan en öppenvårdskontakt eller kontakt inom socialtjänsten stödja patienten att söka vård, men att det efter undersökning bedöms att vården inte kan ske med samtycke, samtidigt som övriga förutsättningar för tvångsvård är uppfyllda. Vårdintyg kan också skrivas av läkare i öppenvård eller av en läkare på vårdcentral. En annan situation är när en person har insatser från socialtjänsten exempelvis genom ett boende och där det finns skälig anledning att anta att det finns ett behov av psykiatrisk slutenvård som den enskilde motsätter sig. I en sådan situation föreslår vi nedan att socialtjänsten ska vara skyldiga att göra en anmälan på vilken hälso- och sjukvården har möjlighet att agera.

Initiativ som leder fram till tvångsvård kan också komma från anhöriga. I delbetänkandet har vi beskrivit att det finns stöd för att vårdens utfall blir bättre om anhöriga involveras. Uppgifter från anhöriga kan alltid tas emot av hälso- och sjukvården, även om sekretess hindrar att uppgifter lämnas ut om samtycke saknas.

I situationer när patienten inte har kontakt med vården eller socialtjänsten kan initiativet till tvångsvård ske på olika sätt. Ett är att en person befinner sig i ett tillstånd eller uppträder på ett sätt så att polis tillkallas och för personen till sjukhus med stöd av LPT eller LOB. En annan är att socialtjänsten får kontakt med personen. Socialtjänsten ska bedriva uppsökande verksamhet och har det yttersta ansvaret för att hen får den vård och det stöd som behövs. Socialtjänsten kan i en sådan situation stödja personen att ta kontakt med vården. Även anmälningsskyldigheten som beskrivs i nästa avsnitt kan aktualiseras om förutsättningarna är uppfyllda.

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 skälig 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.

47 § LPT ändras så att polisens möjlighet att omhänderta en person och föra denne till en sjukvårdsinrättning även gäller personer med ett allvarligt skadligt bruk eller beroende.

8.2.1 Skäl för förslaget

Enligt 6 § LVM är myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt den lagen. För hälso- och sjukvården gäller anmälningsskyldigheten enbart för läkare och endast om de kommer i kontakt med någon som kan antas vara i behov av omedelbart om-

händertagande enligt 13 § LVM eller vård enligt lagen, och läkaren bedömer att denne inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården, vilket följer av andra stycket samma paragraf.

Eftersom vi föreslår att regionerna ska ansvara för tvångsvård av skadligt bruk eller beroende har vi sett ett behov av att ta ställning till om det ska finnas en anmälningsskyldighet för myndigheter som kommer i kontakt med personer som kan vara i behov av sluten psykiatrisk vård. Vi har därför övervägt att motsvarande bestämmelse som finns i LVM ska finnas i LPT, men kommit fram till att en anmälningsskyldighet framför allt är aktuellt för socialtjänsten som i sin dagliga verksamhet kommer i kontakt med personer som kan vara i behov av sluten psykiatrisk vård.

Ett skäl till bedömningen att bestämmelsen inte ska gälla fler myndigheter, är att vi bedömer att en anmälningsskyldighet aldrig ska vara mer långtgående, än vad som är nödvändigt för att uppnå det skydd för den enskildes hälsa som är syftet med bestämmelsen.

För Polismyndigheten gäller redan enligt 6 § polislagen att myndigheten fortlöpande ska samarbeta med myndigheterna inom socialtjänsten och snarast underrätta dessa om förhållanden som bör föranleda någon åtgärd av dem. Polisen har också enligt 47 § LPT möjlighet att omhänderta en person och föra denne till en sjukvårdsinrättning om det finns skälig anledning att anta att personen lider av en allvarlig psykisk störning, och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp. Den bestämmelsen föreslår vi kompletteras med begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende. Som framgår av kapitel 6 föreslår vi också förändringar i LOB med inriktningen att tillnyktringen ska ske på en sjukvårdsinrättning. Vi konstaterar att dessa regler delvis kommer överlappa 47 § LPT när det gäller personer som lider av skadligt bruk eller beroende, men att det ändå är rimligt att 47 § innefattar samtliga de tillstånd som kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård. Vi kommenterar förhållandet mellan LOB och LPT i kapitel 6.

För socialtjänsten anser vi att det är nödvändigt med en särskilt reglerad anmälningsskyldighet för att säkerställa att den enskilde får psykiatrisk vård vid behov. Socialtjänsten kommer regelbundet i kontakt med personer med skadligt bruk eller beroende i sin kärnverksamhet och det behöver därför finnas ett regelverk för hur och när en anmälan ska ske och hur den ska hanteras av mottagaren.

Socialnämnden blir enligt vårt förslag skyldiga att anmäla till regionens hälso- och sjukvård om de får kännedom om en person som det finns skälig anledning att anta är i behov av sluten psykiatrisk vård och där personen inte frivilligt vill uppsöka sådan vård. Det innebär också att den sekretessbrytande bestämmelsen i 10 kap. 28 § OSL blir tillämplig. Att socialnämnden får kännedom om personen innebär att de i sin verksamhet får verifierbara uppgifter om en persons situation och tillstånd som föranleder anmälningsplikten.

I vilka situationer det finns skälig anledning att anta att det föreligger ett behov av psykiatrisk vård får bedömas från fall till fall. Socialnämnden ska inte bedöma om det är fråga om ett sådant psykiatriskt tillstånd som uppfyller förutsättningarna i LPT, eftersom det kräver en medicinsk bedömning.

I normalfallet handlar det om personer som är kända av socialtjänsten på grund av skadligt bruk eller beroende, eller på grund av ett annat psykiatriskt tillstånd och som försämrats så att insatser inte kan ges på frivillig väg. Det kan vara personer som bor på olika typer av boenden eller har insatser från socialtjänsten i det egna hemmet. I de situationerna finns ofta en psykiatrisk anamnes vilket underlättar bedömningen. Det kan också handla om en person som påträffas av till exempel en socialjour och som uppenbart uppträder på ett sätt så som tyder på att ett vårdbehov för ett psykiatriskt tillstånd föreligger. I sådana fall kan det vara svårare att göra antaganden kring orsaken till beteendet. Möjligheterna för psykiatrin att agera på anmälan kommer också vara mer begränsade om man inte vet något mer om personen än vad socialtjänsten har iakttagit. Är det en situation där den enskilde eller någon annan kan komma i omedelbar fara är det en kontakt med polis, snarare än anmälan till hälso- och sjukvården, som behöver tas i en sådan situation.

För att anmälningsskyldigheten ska föreligga krävs också att personen inte själv vill söka upp vården. Socialtjänsten bör som första insats erbjuda stöd att kontakta vården. Det kan till exempel vara aktuellt att kalla till SIP enligt SoL 2 kap. 7 § om det är en person som är i behov av insatser från båda huvudmännen. I vissa regioner har den psykiatriska vården mobila eller prehospitala lösningar som socialtjänsten kan ta direktkontakt med.² Om personen är avvisande till sådana åtgärder och det finns skälig anledning att anta att personen

² Regeringen och SKR har avsatt medel för att regionerna ska utveckla mobila lösningar eller liknande arbetsmodeller i överenskommelsen mellan staten och SKR 2021–2022.

behöver psykiatrisk vård som den inte vill söka själv blir anmälningsplikten tillämplig.

Även om personen inte avvisar vårdkontakt kan anmälningsskyldighet föreligga om viljan att söka vård uppenbarligen inte bedöms vara allvarligt menad. Det kan vara aktuellt när personen ett flertal gånger sagt sig vilja ta en vårdkontakt men ändå inte gjort detta trots att omständigheterna som föranleder antagandet om slutenvård kvarstår eller har förvärrats. Som framgår ovan bör socialtjänsten erbjuda andra sätt att få kontakt med vården innan anmälningskyldigheten aktualiseras.

Med att regionernas hälso- och sjukvård har rutiner för att bedöma och ta emot anmälningarna avses att det finns beslut om vilken instans som tar emot anmälningarna och hur de distribueras till den som ska ta ställning till anmälan. Rutinerna måste vara kända av socialtjänsten. De kan till exempel framgå av överenskommelser om samarbete mellan huvudmännen. Vi har valt att inte närmare precisera hur mottagandet av anmälningar ska organiseras, eftersom det ger regionerna större möjligheter till anpassningar efter sin egen organisation och struktur. Det kan till exempel innebära att regionen bestämmer att chefsöverläkarna ska vara ansvariga för att ta emot anmälningar eller att det finns en central funktion som hanterar mottagandet. I de fall personen är aktuell hos vård- och stödverksamheten bör anmälan vidarebefordras dit.

När en anmälan kommit in ska en läkare ta ställning till om uppgifterna i anmälan bör föranleda någon åtgärd. Den bedömningen kan vara lättare om patienten tidigare haft kontakt med psykiatri och det finns tillgängliga journaluppgifter. Läkaren kan också höra av sig till socialtjänsten för att inhämta ytterligare uppgifter om situationen. Enligt bestämmelsen vi föreslår är socialtjänsten skyldig att lämna sådana uppgifter vilket också innebär att den sekretessbrytande bestämmelsen i OSL 10 kap. 28 blir tillämplig. Är patienten känd kan det vara lämpligt att försöka ta kontakt med personen för att kunna ställa frågor om hälsotillståndet. Det kan ske genom telefon, kallelse till besök, eller genom uppsökande verksamhet. Tillhör personen den samordnade vård- och stödverksamheten finns goda förutsättningar för ett sådant arbetssätt. Om det inte går att få till stånd en vårdintygsbedömning, som det finns skälig anledning att genomföra, kan läkaren begära polishandräckning enligt 47 § LPT. Det förutsätter dock att det är sådan läkare som avses i LPT 4 § andra stycket sista

meningen. Bedömningen får grunda sig på vad som framgår av anmälan och vad som tidigare är känt om personen.

8.2.2 Om anmälan gäller ett barn

Reglerna i LPT gäller alla åldrar, även den anmälningsplikt vi föreslår. När det gäller barn finns dock andra bestämmelser som kan påverka när anmälningsplikten kan vara relevant. I SoL 11 kap. 1 a § anges att när en anmälan till Socialnämnden rör barn eller unga ska nämnden genast göra en bedömning av barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd. I 11 kap. 2 § finns särskilda krav på hur en utredning om att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd ska bedrivas. Bland annat ska nämnden ta de kontakter som behövs exempelvis med hälso- och sjukvården. Vi bedömer att dessa bestämmelser i de flesta fall kommer att vara tillräckliga och att den anmälningsplikt vi föreslår mer sällan aktualiseras när det gäller barn i utredningsskedet.

När det gäller barn som har insatser från socialtjänsten, och där lagens krav på anmälningskyldighet är uppfyllda, kan anmälningsplikten oftare bli aktuell. Som vi utvecklat i kapitel 7 kan en bedömning av ett krav på att någon motsätter sig vård bli svårare när det gäller barn. Vi konstaterar där att vård sällan kan ges enbart med vårdnadshavarens samtycke, utom möjligtvis när det gäller mycket små barn. När det, som här, gäller att kontakta hälso- och sjukvården för en bedömning kan det oftare vara så att det kan ske med vårdnadshavarens samtycke, vilket gör att kriterierna för anmälningskyldigheten inte är tillämpliga. Om vårdnadshavaren motsätter sig att socialtjänsten gör en anmälan finns inga särskilda bestämmelser för en sådan situation i LPT, utan hur socialnämnden ska agera får avgöras utifrån en bedömning av vilka möjligheter socialtjänsten allmänt har att agera mot vårdnadshavarens vilja när det gäller vårdkontakter. Liksom när det gäller vuxna bör det beaktas att socialtjänsten kan ta kontakt med hälso- och sjukvården på andra sätt än genom en anmälan, exempelvis genom att kalla till en upprättade av en samordnad individuell plan, SIP, enligt 2 kap. 7 § SoL. I alla beslut som gäller barn ska också barnets bästa beaktas. Det aktualiseras särskilt när hälso- och sjukvården ska välja förfaringsätt efter att en anmälan kommit in. I ett sådant fall måste det göras en sammanvägd bedömning av barnets vårdbehov,

situation och erfarenhet när det bedöms vilka åtgärder som vidtas för att komma i kontakt med barnet och kunna göra en bedömning. Det som barnet själv uttrycker ska vara en del av den bedömningen.

8.3 En ändamålsenlig planering

När en person tagits in för psykiatrisk tvångsvård är det första steget att skapa en fungerande relation och få en bild av patientens behov och hur han eller hon själv uppfattar sin situation. Vårdplaneringen är ett viktigt instrument för den processen. I det här avsnittet beskriver vi våra bedömningar och förslag, främst när det rör vårdplaneringen enligt LPT till vilken LRV hänvisar. Senare i kapitlet återkommer vi till den samordnade planering som ska göras enligt bestämmelser i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, förkortad samverkanslagen, som hänvisar till SoL och HSL, samt enligt 7 a § LPT och 12 a § LRV. Planeringen av patientens vård och stöd är emellertid en integrerad process. Därför lämnar vi i det här avsnittet också ett förslag om en bestämmelse som erinrar om att planeringen enligt olika bestämmelser kan ske samordnat.

Av 16 § LPT framgår att det ska upprättas en vårdplan för patienten. För patienter som blir föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård ska det enligt 7 a § LPT och enligt 12 a § LRV upprättas en samordnad vårdplan. I 9 § LPT finns krav på att en uppföljning av den samordnade vårdplanen ska bifogas en ansökan om fortsatt psykiatrisk tvångsvård.

8.3.1 Innehållet i vårdplaneringen ska förtydligas

Förslag: Bestämmelserna i 16 § LPT kompletteras med att även de utredningsåtgärder som behövs ska framgå av planen och att patienten ska få information om vilka behandlings- och utredningsåtgärderna är och vad de ska syfta till. Bestämmelsen ska också gälla vård enligt LRV.

Skäl för förslaget

Vårdplaneringen har flera syften. Ett är att den behövs för att dokumentera patientens hälsotillstånd och övriga behov och utifrån det sätta in de insatser som är adekvata. Ett annat är att den kan ge patienten en överblick om vilka behandlingsåtgärder som planeras och i vilket syfte. I våra samtal med klienter på LVM-hem har det framkommit att många upplever att de inte vet vad vården ska leda till och vad som ska hända efter vårdtidens slut. I den forskningssammanställning över studier om patienters upplevelse av psykiatrisk tvångsvård, som Sara Wallhed Finn gjort på vårt uppdrag³ framgår att möjligheten att delta i beslut som rör behandling spelar stor roll för patientens upplevelse av tvångsvården. Av det drar vi slutsatsen att en tydlig planeringsprocess där patienten deltar och som leder till en plan där det framgår vilka insatser som kommer att ges, kan stärka förutsättningarna för delaktighet och patientens känsla av sammanhang. Detta framgår delvis av den nuvarande regleringen i 16 § LPT. Men vi anser att bestämmelsen behöver kompletteras så att det framgår att patienten ska få information om vilka åtgärder som planeras och vad de ska syfta till. På det sättet ökar förutsättningar för patienten att påverka planen i det samråd som så långt det är möjligt ska ske enligt 16 §, och om det inte är olämpligt med anhöriga. Det kan bidra till att skapa ökad överblick och kontroll på ett sätt som gynnar patientens hälsa och möjlighet till återhämtning. Vårt förslag innebär att patienten ska informeras om innehållet i planen även när samråd inte är möjligt.

Enligt 30 § LPT har den enskilde också rätt till en stödperson under tiden som tvångsvården pågår och upp till fyra veckor efter tvångsvårdstillfället. En sådan kontakt kan besöka den enskilde regelbundet, vara med under vårdplaneringen och fungera som ett stöd vid förhandlingar i förvaltningsrätten.

Vi föreslår också att det ska framgå av LPT att planen inte bara ska innehålla behandlingsåtgärder, utan också de utredningsåtgärder som behövs. Det kan vara en neuropsykiatrisk utredning, en utredning om patienten har någon annan funktionsnedsättning eller en utredning av om patienten kan vara aktuell för LARO. Det kan även vara att patientens sociala situation, som boendesituation, syssel-

³ Se en närmare beskrivning av slutsatserna från uppdraget i kapitel 4.

sättning och kartläggning av nätverk, utreds av socialtjänsten⁴. Utredningen kan påbörjas i slutenvård och sedan fortsätta och färdigställas i öppenvården. Skälet till vårt förslag är att forskning visar att tvångsvård förefaller få bättre effekt om den utgår från en tydlig utredning⁵. Vår sammanställning av DOK-intervjuer visar också att det i dag bara är en mindre del av klienterna som vårdas enligt LVM som utreds under vårdtiden⁶.

8.3.2 Patientens mål ska framgå av vårdplaneringen

Förslag: I 7 a § och 16 § LPT anges att patientens mål med vården så långt det är möjligt ska framgå av planen. Det ska även framgå av planen hur målen ska följas upp och vem som ansvarar för att det blir gjort. Bestämmelserna gäller även LRV.

Skäl för förslaget

Vi föreslår att det av 16 § LPT och 7 a § LPT ska framgå att patientens mål med vården så långt det är möjligt ska framgå av planen. Det finns flera argument för en sådan bestämmelse. Ett är att det är en viktig utgångspunkt för planeringen vad patienten vill ha hjälp med och att det i många fall kan ligga till grund för vilka insatser som ges och hur. Men även när patienten har mål som hälso- och sjukvården inte kan stödja kan det vara väsentligt att de dokumenteras eftersom det ger en bild av meningsskiljaktigheterna mellan hälso- och sjukvården och patienten och varför patienten inte samtycker till vissa insatser.

Vi anser att det är särskilt viktigt inom tvångsvården att den enskildes inställning till insatserna finns dokumenterade, eftersom det finns en inbyggd motsättning mellan patienten och hälso- och sjukvården när behandlingen sker under tvång. Även om en person vårdas med tvång så ska hälso- och sjukvården eftersträva att bygga en allians med patienten. I vården ska det inte användas mer tvång än vad som

⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016, Missar vi målen med missbruks- och beroendevården.

⁵ Israelsson, Utfall av lagstadgad tvångsvård för personer med missbruks- och beroendevård – en systematisk översikt. 2021.

⁶ Läs mer i kapitel 4.

är nödvändigt i det enskilda fallet. Det innebär bland annat att hälso- och sjukvården ska efterfråga inställningen till de insatser som planeras och sätts in och, om det är möjligt, uppnå en samsyn om insatserna med patienten. Detta är principer som redan framgår av dagens bestämmelser.

Forskningssammanställningen av Wallhed Finn⁷ visar att det är av avgörande betydelse för patienters upplevelse av tvångsvården att få adekvat information och möjlighet att medverka i beslutsfattandet kring behandlingen. I intervjustudier som ingår i sammanställningen beskrev patienter att de önskat sig större delaktighet i beslutsprocesserna kring sin vård. Resultaten visar också att patienter som fått god information om sin behandling, haft möjlighet att diskutera olika behandlingsalternativ, samt erfarit en känsla av delaktighet har upplevt sin ofrivilliga vård mindre negativt. Sammanställningen indikerar även att ju mer en patient uppfattar en beslutsprocess som rättvis, desto mindre tvingad upplever han eller hon sig, även i en kontext av tvångsvård.

Som beskrivs ovan kan målen som hälso- och sjukvården ställer upp för patienten och de mål som patienten själv uttrycker stå i motsatsförhållande till varandra, och det är av stor vikt att även denna målkonflikt dokumenteras. Ett sådant tydliggörande kan ha betydelse vid den rättsliga prövningen av tvångsvården och även bidra till att ökad öppenhet mellan hälso- och sjukvården och patienten, samt i efterhand ge patienten en ökad förståelse för varför insatserna ansågs vara av värde för patienten.

Målen kan röra den aktuella vårdformen. Det kan handla om hur patienten vill bli bemött och hur tvångsåtgärder ska undvikas. Målen kan också vara mer långsiktiga och ange önskade förbättringar av patientens psykiska och somatiska hälsa eller livssituation.

Om patienten inte motsätter sig det bör målen följa med patienten och modifieras över tid i de verksamheter där patienten ska få insatser efter tvångsvården. Forskning visar att det är av vikt att formulera uppföljningsbara behandlingsmål, vilka metoder som används och att patienten kan delta i utvärderingen av i vilken grad de uppfyllts⁸. Om patienten tidigare har tvångsvårdats och är deltagare

⁷ Wallhed Finn, 2022, Sammanställning av forskning om patienters upplevelse av tvångsvård dnr Komm 2020/00612/S 2020:08.

⁸ Öjehagen A., Berglund M., Appel C-P., Andersson K., Nilsson B., Skjaeris A., Toftenow-Wedlin A-M, 1992, A randomized study of long-term outpatient treatment in alcoholics. Psychiatric treatment versus multimodal behavioral therapy, and 1 versus 2 years of treatment.

i den samordnade vård- och stödverksamheten kan det redan finnas mål som till exempel rör hur patienten vill bli bemött under ett tvångsvårdstillfälle. Om patienten samtyckt till att uppgifterna får delas med andra vårdenheter, så kan det vara viktig vägledning för hur tvångsvården kan utformas till dess att patienten är tillräckligt stabil för att nya mål ska kunna utformas.

8.3.3 Målgrupps tillhörighet för den samordnade vård- och stödverksamheten ska alltid övervägas

Förslag: I 16 och 27 §§ LPT regleras att det vid tvångsvård ska övervägas om den enskilde tillhör målgruppen för den verksamhet som regleras i den föreslagna lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet. Detta ska ske vid vårdplanering och inför utskrivning. Bestämmelsen ska, såvitt gäller innehållet i vårdplanen gälla alla patienter som vårdas enligt LPT och LRV (6 § LRV). I fråga om patienter som vårdas enligt LRV kompletteras den lagen i 13 §, i ett nytt tredje stycke, och 16 § i ett nytt fjärde stycke med att chefsöverläkaren, i samband med vårdens upphörande, ska överväga om patienten tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten.

Skäl för förslaget

I delbetänkandet har vi föreslagit att regioner och kommuner ska bedriva en gemensam vård- och stödverksamhet. Målgruppen för verksamheten 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. Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från deltagares individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarens hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Vi bedömer att personer som tvångsvårdas i många fall tillhör verksamhetens målgrupp. Det gäller exempelvis personer som heldygnsvårdats vid upprepade tillfällen för skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd, och där man inte bedömer

att en öppen vårdskontakt och ordinarie socialtjänstinsatser är tillräckliga för att personens hälsa och livssituation ska kunna förbättras. Bland personer som har en psykossjukdom och ett skadligt bruk eller beroende bedöms merparten tillhöra målgruppen. Det gäller också personer med andra psykiatriska diagnoser och skadligt bruk eller beroende i kombination med social utsatthet som exempelvis en instabil boendesituation. Det kan även handla om personer som lider av ett allvarligt psykiatriskt tillstånd och som har svårt att etablera kontakter, har svårt att klara eget boende och där de psykiatriska insatserna och socialtjänstinsatserna ofta blir en förutsättning för varandra. Även personer med samsjuklighet som riskerar att utsättas för våld kan ha behov av de samordnade insatserna för att planera och klara av ett skyddat boende och ta emot andra insatser som krävs för att få en säker livssituation.

Bland rättspsykiatrins patienter har cirka 70 procent ett skadligt bruk eller beroende, i de flesta fall i kombination med psykosdiagnos. Många har också stora somatiska hälsoproblem och behov av hjälp- och stödinsatser på flera områden samtidigt⁹. Mot den bakgrunden bedömer vi att minst hälften personerna som får sådan vård tillhör målgruppen för den samordnade verksamheten.

Därför föreslår vi att det ska framgå av LPT och LRV att det i samband med vårdplaneringen och inför utskrivning ska övervägas om patienten tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten.

Om patienten redan är deltagare i vård- och stödverksamheten när tvångsvården inleds behåller verksamheten kontakten med personen under vårdtiden. Deltagarens vård- och stödsamordnare är i normalfallet patientens fasta vårdkontakt enligt samverkanslagen.

I kapitel 7 har vi föreslagit att chefsöverläkaren också i samband med upprättande av en samordnad vårdplan enligt 7 a § LPT och 12 a § LRV ska överväga om patienten borde tillhöra målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Den enskilde blir dock inte deltagare mot sin vilja.

⁹ Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, 2022, RättspsyK, årsrapport 2021.

8.4 Det ska införas en erinran om att planeringen kan samordnas

Förslag: I LPT införs en erinran om att planering enligt 7 a och 16 §§ LPT samt 4 kap. 2 § samverkanslagen, 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL kan ske samordnat. Bestämmelserna gäller också LRV.

8.4.1 Skäl för förslaget

Som framgått ovan finns flera bestämmelser om planering i LPT, LRV och samverkanslagen som berör personer som tvångsvårdas. Av våra samtal med företrädare för psykiatrin framgår att detta ibland kan leda till en omfattande administration och att det upprättas ett flertal dokument.

I förarbetena till LPT/LRV har dock påpekats att när den samordnade vårdplanen som avses i 7 a § upprättas bör givetvis den ordinarie vårdplanen (16 §) ingå i relevanta delar. Vidare kan, enligt förarbetena, en samordning ske av den ordinarie vårdplanen, den samordnade vårdplanen samt den vårdplan som ska tas fram enligt bestämmelserna i samverkanslagen.¹⁰

För att underlätta den administrativa bördan i den psykiatriska vården föreslår vi att det i lagen införs en erinran om att upprättandet av planerna kan samordnas. Det kan också underlätta för patienten och anhöriga att endast ha en plan att förhålla sig till.

8.5 Den samordnade planeringen ska förbättras

Förslag: I 4 kap. 3 § tredje stycket samverkanslagen införs en ny bestämmelse som 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. Det införs också en ny bestämmelse i 4 kap. 3 § fjärde stycket samverkanslagen, att kommunen är skyldig att delta i en sådan planering som den fasta vårdkontak-

¹⁰ Prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 99.

ten eller chefsöverläkaren kallar till när det gäller personer som vårdas enligt LPT eller LRV.

I 1 kap. 3 § 2 samverkanslagen ändras definitionen av begreppet socialtjänst till följd av att LVM föreslås upphävas.

Förslag: Socialstyrelsen får i uppdrag att stödja samordnad individuell planering inför utskrivning från psykiatrisk tvångsvård.

Bedömning: Förslaget från utredningen God och nära vård att målet med insatserna för den enskilde ska framgå av den samordnade individuella planen bör genomföras.

Bedömning: Mål och rutiner för individuell planering när en patient skrivs ut från tvångsvård och annan psykiatrisk heldygnsvård eller ges öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård bör finnas i de överenskommelser om samarbete som regioner och kommuner ska upprätta enligt 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 8 a § och 5 kap. 9 a § SoL.

Bedömning: Ekonomiska styrmedel för samverkan, exempelvis ersättningssystemens utformning, bör ses över.

8.5.1 Skäl för förslagen och bedömningarna

Vi gör bedömningen att den samordnade planeringen som ska ske vid utskrivning från sluten psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård behöver förbättras. De förslag vi lämnar innebär att vården av personer med skadligt bruk eller beroende i högre grad kommer att bedrivas i öppen vård, frivilligt eller med stöd av regler om öppen psykiatrisk tvångsvård. Därför måste det finnas en sammanhållen och likvärdig process för planeringen. Syftet är att patienten ska få den vård och det stöd hen behöver utifrån sina mål, behov, resurser, professionens bedömningar, sociala nätverk och andra sammanhang. I dag finns brister när det gäller samordnad planering och utslussning från psykiatrisk tvångsvård. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har konstaterat i sin uppföljning av samverkanslagen att lagen är svagt implementerad i den psykiatriska vården, vilket dock kan bero på att den trädde i kraft senare i den vårdgrenen på grund av övergångs-

regler.¹¹ Särskilda utmaningar finns enligt Vårdanalys i missbruks- och beroendevården och i den rättspsykiatriska vården. Av våra samtal med företrädare för den psykiatriska vården framgår att planeringen ofta påbörjas för sent. I dag är också lagstiftningen utformad så att kallelsen till individuell planering sker först efter att personen är utskrivningsklar (4 kap. 3 § andra stycket) även om det enligt förarbetena till bestämmelsen inte måste vara så. Det är en problematisk konstruktion när det gäller psykiatrisk tvångsvård eftersom patienten kan anses utskrivningsklar först efter att tvångsvården upphört eller övergått i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård. För en patient som vårdas enligt LPT kan det innebära att chefsöverläkaren bedömer att det oundgängliga behovet av psykiatrisk tvångsvård kvarstår, eftersom personen inte har ett fungerande boende eller andra vård- och stödinsatser i lämpliga former. Då blir inte heller personen bedömd som utskrivningsklar. I den rättspsykiatriska vården blir inläsningseffekten än skarpare eftersom vårdens upphörande förutsätter att patienten inte riskerar att återfalla i allvarlig brottslighet på grund av sin psykiska störning eller sina personliga förhållanden i övrigt. JO har i ett utlåtande påpekat problemet och konstaterat att kommunens incitament att samverka kring sådana patienter är för svaga¹².

Skillnaden mot frivillig vård är att där bedöms om en person är utskrivningsklar först och kommunen får ett betalningsansvar om personen inte kan tas om hand i den kommunala vården eller omsorgen. När det gäller tvångsvården kan det vara tvärtom att bristen på insatser från kommunen gör att personen inte blir utskrivningsklar och då uppstår inte heller något betalningsansvar. Det måste anses som ett allvarligt rättssäkerhetsproblem att tvångsvård fortsätter därför att samverkansprocessen inte stödjer planering av adekvata insatser i god tid före utskrivning eller övergång till tvångsvård i öppna former. Ur ett patientperspektiv måste därför förbättringar ske. Bristerna när det gäller en samordnad planering kan också enligt vår bedömning vara en av de huvudsakliga orsakerna till att patienter som vårdas enligt LVM och LPT upplever bristande makt och kontroll över vårdprocessen, och att det blir svårt för patienterna att se hur insatser hänger ihop

¹¹ Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2020, Laga efter läge, Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård, Rapport 2020:4.

¹² JO, Granskning av omständigheter som gör att det dröjer innan patienter som ges sluten rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning kan ges öppen rättspsykiatrisk vård, 2022, 1-2021.

och vart de ska leda. I det här avsnittet lämnar vi förslag och gör bedömningar inom området samt beskriver hur en samverkansprocess enligt vår uppfattning bör se ut. I avsnitt 9.2.3 bedömer vi att planeringen av en sammanhållen vårdkedja bör vara ett av flera fokusområden för den kommission för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård som vi föreslår ska inrättas vid Socialstyrelsen.

Gällande bestämmelser

Enligt 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL ska regionen respektive kommunen kalla till ett möte för upprättande av en samordnad individuell plan om patienten har behov av insatser från båda huvudmännen samtidigt.

Enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska det, enligt 2 kap. 1 §, skickas ett inskrivningsmeddelande till berörda enheter om den behandlande läkaren bedömer att patienten kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Enheterna ska när de fått meddelandet börja planera för insatser.

Den regionfinansierade öppna vården ska utse en fast vårdkontakt för patienten (2 kap. 5 §). Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både regionen och kommunen i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst ska, enligt 4 kap. 1 §, en samordnad individuell planering genomföras. En kallelse till samordnad individuell planering ska skickas av patientens fasta vårdkontakt i den öppna vården senast tre dagar efter att patienten bedöms vara utskrivningsklar av behandlande läkare (4 kap. 3 §). En kommun betalar ersättning till den slutna vården för en utskrivningsklar patient som kvarstannar på sjukhus, under förutsättning att regionen fullgjort sina uppgifter som beskrivits ovan.

För patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska planeringen i stället genomföras enligt bestämmelserna om samordnad vårdplan enligt 7 a § LPT eller 12 a § LRV (4 kap. 1 § andra stycket, samverkanslagen). En underrättelse om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård enligt 7 a § tredje stycket LPT

motsvarar en sådan underrättelse enligt 3 kap. 1 § samverkanslagen som är en förutsättning för kommunernas betalningsansvar.¹³

Planeringen ska starta tidigare

Vi föreslår, med hänvisning till det inledande resonemanget i det här avsnittet, att det i 4 kap. 3 § samverkanslagen införs en ny bestämmelse om att kallelse till samordnad vårdplanering. För en patient som vårdas enligt LPT eller LRV ska kallelsen skickas snarast efter det att enheten i den regionfinansierade öppna vården fått inskrivningsmeddelandet och en fast vårdkontakt utsetts eller, så snart där efter ett behov av insatser från region och kommun har identifierats. Redan i dag gäller att verksamhetschefen i den öppna regionfinansierade vården ska utse en fast vårdkontakt så snart inskrivningsmeddelandet tagits emot. Vårdkontakten kan vara en kontakt patienten redan har, exempelvis är det lämpligt att vård- och stödsamordnare i den samordnade vård- och stödverksamheten är den fasta vårdkontakten.

Genom förändringen vi föreslår frigörs mera tid för planeringen på ett sätt som ökar förutsättningarna för att insatser ska kunna anpassas till patientens behov och egna mål. Det innebär att kommunen kommer in i planeringsprocessen tidigare och att det ges mera tid för att planera hur insatser från hälso- och sjukvården ska se ut. På det sättet kan planeringen starta redan när tvångsvården fortfarande pågår, vilket medför ökade möjligheter att minska det fortsatta behovet av sådan vård genom adekvata insatser i öppenvård och från socialtjänsten. På motsvarande sätt minskar inlåsningseffekten i den rättspsykiatriska vården eftersom det kan ske en gemensam planering av insatser som kan förändra patientens personliga förhållanden så att risken för återfall i allvarlig brottslighet minskar. Vårt förslag syftar inte till en förändring av regleringen av betalningsansvaret, utan det ska fortfarande träda in när patienten är utskrivningsklar och den slutna vården och den regionfinansierade öppna vården fullgjort sina uppgifter enligt samverkanslagen. Möjligtvis kan det uppstå osäkerhet kring när uppgiften att kalla till vårdplanering är utförd när det gäller en patient som är tvångsvårdad, eftersom det enligt vårt förslag inte anges en fast tidsgräns. Bedömningen om vad som avses

¹³ Prop. 2016/17:106, Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, s. 81.

med ”snarast efter att enheten fått inskrivningsmeddelandet och den fasta vårdkontakten utsetts eller så snart behovet identifierats” måste dock ligga på den fasta vårdkontakten eller i förekommande fall chefsöverläkaren (se kap. 7.3.4) som har ansvaret för att kalla till planeringen. Bestämmelsen ska därför tolkas så att den öppna regionfinansierade vården fullgjort uppgiften om man kallat till planeringen innan patienten är utskrivningsklar.

När det gäller patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård ska planeringen göras enligt bestämmelserna om samordnad vårdplan i 7 a § LPT och 12 a § LRV. I kapitel 7.3.4 föreslår vi ett förtydligade av att det är chefsöverläkaren som ska kalla till en sådan planering.

Kommunen ska vara skyldig att delta i planeringen

För att motverka de inläsningseffekter som finns i dagens regelverk föreslår vi en bestämmelse i 4 kap. 3 § samverkanslagen som säger att kommunen är skyldig att delta i en sådan planering som den fasta vårdkontakten eller chefsöverläkaren kallar till. En sådan uttrycklig bestämmelse motiveras av vikten av att en planering inte försenas av att kommunen inte deltar i en planering eller väljer att komma in i ett senare skede. Det är rimligt att bestämmelsen begränsas till att gälla tvångsvårdade patienter eftersom bedömningen av om patienten har ett oundgängligt behov av vård, eller riskerar att inte återfalla i allvarlig brottslighet, kan ha en direkt koppling till vilka kommunala insatser som har planerats. Vårt förslag kan också kompensera för det bristande incitament det kan finnas för kommunen att planera för adekvata insatser till tvångsvårdade patienter, vilket har beskrivits ovan. I avsnitt 6.4 har vi även föreslagit att socialnämndens ansvar för sådana insatser som en tvångsvårdad patient kan behöva efter utskrivningen ska förtydligas.

Socialstyrelsen ska stödja den samordnade planeringen

Som framgått ovan bedömer vi att en fungerande planeringsprocess är avgörande för att våra förslag ska få önskad effekt. Utifrån Vårdanalys uppföljning av samverkanslagen och vår omfattande dialog med verksamhetsföreträdare under hela utredningstiden bedömer vi

också att regioner och kommuner behöver stöd för att utveckla och vidmakthålla en fungerande planering inför utskrivning från psykiatrisk tvångsvård. Ett sådant stöd kan delvis ges av den stödfunktion för genomförande av reformen som vi har föreslagit i avsnitt 16.2.8 i delbetänkandet ska finnas på SKR. Men vi anser också att Socialstyrelsen bör ha ett särskilt ansvar att stödja den samordnade planeringen inför utskrivning från psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Det kan handla om att myndigheten utfärdar föreskrifter och allmänna råd inom ramen för sina bemyndiganden, ger kunskapsstöd och stöd till tillämpning av gällande rätt och löpande följer upp hur arbetet med individuell planering fortskrider och rapporterar detta så att eventuella åtgärder kan vidtas av andra myndigheter, riksdag och regering.

Den enskildes mål ska framgå av den samordnade individuella planen

Ovan föreslår vi att patientens mål ska framgå av en vårdplanering enligt 16 § LPT och en samordnad vårdplan enligt 7 a § LPT. I avsnitt 9.6.2 i delbetänkandet instämde vi i förslaget som lämnats av *Utredningen om en god och nära vård* att den enskildes mål ska framgå av en samordnad planering enligt SoL, HSL och samverkanslagen¹⁴. Då vi anser att förslaget i hög grad är relevant för tvångsvården väljer vi att göra samma bedömning även i det här betänkandet.

Former och rutiner för individuell planering ska omfattas av överenskommelser

Med hänvisning till de problem som finns i dag, och de behov av individuell planering som våra förslag innebär, bedömer vi att former och rutiner för planeringen vid utskrivning bör omfattas av de överenskommelser som regioner och kommuner ska ingå, om sitt samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och kring personer med skadligt bruk eller beroende. Av överenskommelserna bör det framgå hur patientens mål, behov, resurser, sociala nätverk och andra sammanhang ska vara utgångspunkt planeringen. Därför behöver personer med egen erfarenhet av ta emot insatser av hälso-

¹⁴ SOU 2020:19, God och nära vård. En reform ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

och sjukvården och socialtjänsten bidra i arbetet med överenskommelserna. Det behöver också finnas överenskommelser vilka kontaktvägar som finns mellan den slutna vården och den regionfinansierade öppna vården, och mellan den senare och den kommunala socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det behöver anges att psykiatriska öppenvårdsmottagningar eller beroendemottagningar eller primärvården ska utse en fast vårdkontakt och hur det går till. Den planering som sker inom ramen för den samordnade vård- och stödverksamheten behöver också uppmärksammas. Innehållet i överenskommelsen kan bekräfta eller komplettera de rutiner som enligt samverkanslagen 4 kap. 4 § ska upprättas i samråd mellan region och kommun om lagens tillämpning. Vissa delar av det som blir överenskommelsen mellan huvudmännen kan hanteras inom ramen för en regional överenskommelse. Detaljer kring hur medarbetare förväntas agera tillsammans passar bättre i lokala överenskommelser.

Ekonomiska styrdokument för samverkan behöver ses över

Vi har i dialog med psykiatriska verksamheter erfarit att de uppfattar att ersättningssystem inte alltid stödjer den samverkan som behöver ske inför utskrivning. Exempelvis finns det regioner som bara ersätter den enhet som kallar till individuell planering, inte andra enheter inom regionen som behöver delta i planeringen. Motivet till detta kan vara att alla verksamheter anses ha samverkan med andra enheter som en del av grunduppdraget utan att det föranleder särskild ersättning. Det kan också ha att göra med hur system för registrering av besök är utformade. Vi tar inte ställning till hur ersättningen ska utformas, men konstaterar att regionerna och kommunerna löpande behöver se över om de system som tillämpas främjar aktiv medverkan i planeringsprocessen inför utskrivning från psykiatrisk tvångsvård.

Ett av tvångsvårdskommissionens fokusområden

I avsnitt 9.2 föreslår vi att det inrättas en kommission för en trygg meningsfull och rättssäker tvångsvård. Vi beskriver där att vårdens individuella planeringar utifrån patientens mål, behov, resurser, professionens bedömningar, sociala nätverk och andra sammanhang bör vara ett av kommissionens fokusområde.

8.5.2 Processen för samordnad individuell planering

I det här avsnittet beskriver vi hur vi ser på planeringsprocessen inför utskrivning från psykiatrisk tvångsvård. Beskrivningen kan ligga till grund för innehållet i överenskommelser och för Socialstyrelsens stöd inom området.

I avsnitt 8.5.1 redogör vi för reglerna i samverkanslagen som ska följas inför en persons utskrivning från sjukhus. För en person som har vårdats enligt LPT är det vanligt att det behövs insatser både från hälso- och sjukvård och socialtjänst efter utskrivning. När det gäller personer med skadligt bruk eller beroende bedömer vi att det endast är i undantagsfall som det inte kommer att behövas. Det kan dock finnas sådana situationer, exempelvis när en person har en mycket kort vårdtid, redan fungerande kontakter eller avvisar fortsatt stöd från hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Planeringens utgångspunkt

Patientens berättelse om sina behov, sociala situation och mål ska när det är möjligt vara utgångspunkt för planeringen. Som framgår ovan anser vi att den enskildes mål så långt det är möjligt ska framgå av planeringen.

Planeringen behöver beakta olika delar av patientens livssituation. Exempelvis behöver det ställas frågor om våldsutsatthet eftersom den är stor i gruppen. Studier visar att en majoritet av kvinnor med skadligt bruk eller beroende har varit utsatta för våld och övergrepp¹⁵. Personens relationer och sammanhang har också på andra sätt betydelse för vilka insatser som ska sättas in. Om personen till exempel lever i en otrygg miljö i närhet av personer med liknande problematik behöver det tas hänsyn till när insatserna planeras. Det kan exempelvis spela roll när det bedöms om fortsatta heldygnsinsatser behövs efter att tvångsvården upphört eller i öppen psykiatrisk tvångsvård.

I avsnitt 8.3.1 föreslår vi också en ny lydelse av 16 § LPT. Den erinrar om att det ofta behöver vidtas utredningsåtgärder i början av vårdtiden. Det kan handla om diagnostiska utredningar som kan ligga till grund för behandling eller rätt till insatser enligt LSS. För

¹⁵ Länsstyrelsen, 2021, Vem ser oss? En studie om kvinnor i missbruk och deras upplevelser av våld i nära relation.

personer som är beroende av opioder bör det utredas om personen kan vara aktuell för LARO. I utredningen kan socialtjänsten behöva informeras så att de sociala stödinsatserna stödjer den planerade behandlingen och tvärtom.

Planeringens inledning

Efter att inskrivningsmeddelandet tagits emot av en enhet i den regionfinansierade vården bör kontakt tas mellan den fasta vårdkontakten, den slutna vården och socialtjänsten. Om det exempelvis behövs boendeinsatser från socialtjänsten behöver det arbetet påbörjas i god tid. En boendeinsats kan handla om att en person tillfälligt behöver en nykter och drogfri miljö för att fortsatt stärka sina resurser och funktionsförmåga, exempelvis på ett HVB-hem. I den situationen ansvarar regionen för behandlingen av de psykiatriska tillstånden. I kapitel 6.5 beskriver vi ansvarsfördelningen närmare och konstaterar att det som regel krävs att det finns HVB-hem som region och kommun bedriver gemensamt eller har upphandlat tillsammans. Vi konstaterar också att detta särskilt gäller när insatsen ges inom ramen för öppen psykiatrisk tvångsvård eller när den ges till ett barn.

Det kan också vara andra boendeformer som planeras i ett tidigt skede. Även då är det viktigt att tydliggöra hur socialtjänstens insatser och regionens behandling ska samordnas.

Patientens och anhörigas delaktighet

Personen ska enligt huvudregeln delta i upprättandet både av vårdplanen enligt LPT och av den samordnade individuella planen enligt SoL och HSL. Vi anser att det bara är om den enskilde själv avstår, eller när det är helt omöjligt på grund av personens tillstånd, som planen helt eller delvis upprättas utan att det enskilde deltar. Patienten bör kunna välja att ha någon med sig exempelvis en stödperson eller anhörig. Planeringen ska ske på ett sätt som gör att den blir tillgänglig för personen att delta på utifrån sina förutsättningar. Detta kan handla om att säkerställa kognitiv tillgänglighet, till exempel gällande hur information förmedlas, i text eller tal, och vid behov med stöd av hjälpmedel. Det kan också handla om att säkerställa att platsen som

planeringen genomförs på inte har störande ljud och ljus, samt att personen fått tillräckligt med information, på ett sätt som är begripligt för hen, inför planeringen för att ha kunnat förbereda sig för att kunna delta på ett meningsfullt sätt.

Anhöriga ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Ofta har den anhöriga erfarenheter som är viktiga för att förstå patientens behov och kunna välja rätt insatser. Längre ner i det här avsnittet skriver vi om att kontakten med anhöriga också kan vara en del av planeringen. Då behöver naturligtvis den anhöriga delta i planeringen. Med anhöriga avser vi personer som den enskilde patienten upplever är viktiga i dennes nätverk.

Planeringens praktiska genomförande

I praktiken saknas ofta tid och resurser till att arrangera stora möten med flera aktörer inblandade. Det är inte heller alltid sådana arbets-sätt är bra för patienten. Planeringsprocessen kan därför behöva ske på olika sätt. Ibland kanske det handlar om att det sker några telefonsamtal eller digitala avstämningar. När planeringen går fort är det av särskild betydelse att åtgärder som vidtas för att patienten ska vara delaktig.

I planeringen kan flera aktörer inom och utanför hälso- och sjukvård och socialtjänst delta. Möjligheten att genomföra planeringen via digitala plattformar kan öka förutsättningarna för att en planering med samtliga berörda aktörer och patienten kan genomföras.

Planering inom ramen för samordnad vård- och stödverksamhet

Vi föreslår ovan att det i samband med planeringen enligt 16 § LPT ska övervägas om personen tillhör målgruppen för den samordnade vård och stödverksamheten. Om det är så aktualiserar slutenvården personen i verksamheten. Efter aktualiseringen förs ansvaret för planeringen över till vård- och stödsamordnaren under lämpliga former. Vård- och stödsamordnaren som enligt den föreslagna lagen om vård- och stödverksamhet ska utses för patienten blir fast vårdkontakt enligt samverkanslagen. Det kan ta olika lång tid beroende på patientens hälsa och vilka relationer som etableras. Inom ramen för

planeringen kan det behövas insatser som inte kan beslutas eller ges av den samordnade vård- och stödverksamheten, exempelvis en viss boendeverksamhet. Insatserna ska då ändå planeras tillsammans med verksamheten och var en del av den enskildes plan som vård- och stödsamordnaren ansvarar för. Om patienten redan har kontakt med den samordnade vård- och stödverksamheten när hen blir föremål för tvångsvård har verksamheten kvar det övergripande ansvaret för patientens planering under tvångsvårdstillfället. Vård- och stödsamordnaren är fast vårdkontakt enligt samverkanslagen.

Planeringens innehåll

Av planen bör det framgå vilka hälso- och sjukvårdsinsatser personen ska få i öppenvård, av vilken mottagning och på vilket sätt. Det kan handla om psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser och läkemedelsbehandling för skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd. En del av planeringen kan också vara att personen ska besöka sprututbyten och ha tillgång till naloxon.

Ofta har personen ett omfattande somatiskt vårdbehov. Inom ramen för planeringen kan därför kontakt behöva tas med andra specialistverksamheter eller primärvården. I avsnitt 10.1.1 i delbetänkandet har vi konstaterat att personer med skadligt bruk eller beroende med somatiska vårdbehov ofta behöver en fast läkare i primärvården.

När det gäller socialtjänstinsatser kan de vara på kort eller lång sikt. Som framgår ovan kan det handla om person som under några veckor behöver vara i en nykter och drogfri miljö när det ges både behandling och sociala stödinsatser.

En viktig utgångspunkt är att det ofta behövs en planering av de insatser som hälso- och sjukvård ansvarar för gemensamt. Med det menar vi att det av planen inte bara framgår vilka socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser som behövs utan också hur insatserna samspelar och bidrar till ett gemensamt resultat för den enskilde. Om en person exempelvis erbjuds Bostad först eller IPS-modellen¹⁶ behöver det framgå hur medicinska behandlingsinsatser som kan vara en del av ett integrerat stöd inom ramen för sådana insatser ska tillgodoses av regionen.

¹⁶ Se avsnitt 6.4.

Om en patient som skrivs ut från slutenvården behöver insatser som faller under ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården ska dessa ingå i den gemensamma planeringen. Här är det viktigt att representanter för den kommunala hälso- och sjukvården deltar i planeringen.

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård i permanent särskilt boende, korttidsboende och dagverksamhet enligt SoL samt Bostad med särskild service (LSS-boenden) och daglig verksamhet enligt LSS. I alla regioner utom Stockholm har det också skett en frivillig skatteväxling så att kommunen även ansvarar för hemsjukvård i ordnärt boende. Den kommunala hälso- och sjukvården inklusive hemsjukvården är primärvård och kan exempelvis innehålla läkemedelsbehandling eller viss somatisk vård.

Trygghet och säkerhet

Personer som tvångsvårdas för skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd kan befinna sig i mycket utsatta situationer. Det kan handla om skulder eller konflikter som härrör från det skadliga bruket eller beroendet. För patienten kan det vara viktigt att få stöd i att utveckla strategier för att hantera detta även om det kan vara svårt för hälso- och sjukvård och socialtjänst att vidta direkta åtgärder. Som framgår ovan finns en stor våldsutsatthet för kvinnor med skadligt bruk eller beroende. Den kan behöva mötas på olika nivåer. Ibland kan det vara praktiska saker som att kvinnan får tillgång till nycklar till sin lägenhet eller kontroll över andra viktiga resurser som en eller flera våldsutövare kan ha tagit över. Det kan också handla om att erbjudas skyddat boende som fungerar för kvinnor med skadligt bruk eller beroende. Ibland kan det behövas trauma-behandling eller andra medicinska insatser kopplat till våldsutsattheten. Det behöver också uppmärksammas att våldet mot kvinnor med skadligt bruk eller beroende inte alltid sker i nära relationer, utan att förövaren kan vara en mer avlägsen person som kvinnan är beroende av eller utsatt för på andra sätt.

Barn som anhöriga

Är personen vårdnadshavare behöver barnets situation finnas med i planeringen, Om barnets behov inte är uppmärksammat av socialtjänsten och det finns misstanke om att det far illa ska en anmälan göras enligt 14 kap. 1 § SoL. Utredningen av barnets behov och insatser för barnets bästa kommer vara ett eget ärende och inte en del av personens planering. Det kan inom ramen för planeringen vara aktuellt med stöd till patienten för att stärka sina resurser som vårdnadshavare. Om barnet inte bor med patienten kan insatser för att upprätthålla kontakten vara relevanta. Det kan också handla om stöd för att ha kontakt med en familj där barnet är placerat om det är en del av socialtjänstens planering för barnet.

Andra anhöriga

I avsnitt 9.3.3. i delbetänkandet föreslår vi att socialtjänstens ansvar för anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende tydliggörs. Vi konstaterar även att hälso- och sjukvården har en viktig roll i att erbjuda stöd till anhöriga. Kontakt med anhöriga är ofta en påtaglig del av patientens liv efter utskrivningen. Hur de kontakterna ser ut och kan behöva stödjas bör därför vara en del av planeringen. Det finns särskilda metoder för att stödja anhöriga till personer som har skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd. Bor patienten och anhöriga tillsammans kan planeringen behöva innehålla insatser som gör att det fungerar så bra som möjligt. Risken för våld i nära relationer behöver uppmärksammas och om det finns en sådan risk adekvata åtgärder vidtas.

Civilsamhället

I de fall en patient har insatser från eller kontakt med det civila samhället kan de spela en roll i planeringen för patienten. Det kan omfatta sysselsättning eller boenden som drivs av en civilsamhällesorganisation. Även om kontakt inte har funnits förut kan en del av planeringen vara att ta en sådan kontakt. Det kan handla om att etablera relationer eller besöka en träfflokal. Vården eller socialtjänsten

kan stödja med sådana kontakter eller information om var sådana verksamheter bedrivs.

Fortsatt planering

I många fall kan planeringen bara inledas under ett tvångsvårdstillfälle. Exempelvis kan det vara ett mål att personen ska delta i en arbetsmarknadsåtgärd men det ligger längre fram i tiden. Därför bör det framgå av planeringen vem på i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten som håller i den fortsatta planeringen. För en person som deltar i den samordnade vård- och stödverksamheten är det vård- och stödsamordnaren som har den rollen.

8.5.3 Sociala stödinsatser med fokus på långsiktig boende och sysselsättning

Bedömning: Socialtjänsten behöver i högre grad använda sig av metoder som har evidens för boende och sysselsättning såsom bostad först, vårdkedjemodellen eller IPS och utveckla sitt arbete med boendeformer och former för sysselsättning som fungerar för målgruppen. Socialtjänsten behöver också utveckla arbetsätten i befintliga boendeformer, såsom särskilda boenden, korttidsboenden eller gruppboendestäder enligt LSS, för att det ska bli mer anpassade för personer med skadligt bruk eller beroende.

Förslag: Socialstyrelsen får, i samverkan med Boverket och i samråd med SKR, i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla metoder och nya boendeformer inklusive boendestöd.

Förslag: Socialstyrelsen får, i samverkan med Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen och i samråd med SKR, i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla former för sysselsättning som ger möjlighet till ett självständigt liv.

Förslag: Statsbidraget för juridiska personer som tillhandahåller sysselsättning ökas med 20 miljoner.

Närmare om bedömningen och förslagen

I kapitel 6 föreslår vi att socialnämndens ansvar för personer som skrivs ut från LPT eller LRV ska förtydligas. Det innebär bland annat att socialnämnden *aktivt ska arbeta* för att personer som vårdats enligt LPT eller LRV inför utskrivningen *får bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv*. I avsnitt 9.3.2 i delbetänkandet har utredningen också föreslagit att socialnämndens uppdrag enligt SoL 5 kap. 9 § blir att utifrån inventeringar av behov och planering utföra kvalificerade sociala insatser som stärker den enskildes resurser, delaktighet i samhället och möjligheter till fungerande boende och sysselsättning för personer med skadligt bruk eller beroende. Även dessa insatser ska syfta till att, i enlighet med 1 kap. 1 § och 4 kap. 1 § SoL, ge personen möjlighet att leva ett självständigt liv.

En viktig del för att våra förslag ska få önskad effekt är att utveckla socialtjänstens arbete med boendeformer och sysselsättning för personer med skadligt bruk eller beroende i enlighet med den evidens som finns. I nationella riktlinjer för missbruk och beroende¹⁷ innehåller rekommendationer när det gäller såväl boende som sysselsättning.

Kommuner kan behöva utveckla nya boendeformer, komplettera befintliga och utveckla arbetssätt så att dessa fungerar för gruppen med skadligt bruk eller beroende. Det kan exempelvis handla om att erbjuda skyddade boenden för kvinnor med skadligt bruk eller beroende som utsätts för våld. I dag är det vanligt att sådana boenden inte tar emot kvinnor med skadligt bruk eller beroende vilket innebär att den gruppens utsatthet blir dubbel. Dels har man en ökad risk att utsättas för våld, dels är möjligheterna till skydd mindre än för andra grupper¹⁸. Kommunens utvecklingsarbete kan också omfatta åtgärder för att personer med skadligt bruk eller beroende kan få sina behov tillgodosedda på boenden med särskild service enligt SoL, gruppboendestäder enligt LSS eller på särskilda boenden.

Vi föreslår att Socialstyrelsen, i samverkan med Boverket och samråd med SKR, får i uppdrag att stödja kommuners arbete med att utveckla evidensbaserade insatser och anpassa redan befintliga boende-

¹⁷ Socialstyrelsen, 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

¹⁸ Länsstyrelsen, 2021, Vem ser oss? En studie om kvinnor i missbruk och deras upplevelser av våld i nära relation.

insatser för målgruppen. Ett nationellt stöd kan till exempel bidra till att samla och sprida goda och exempel.

Planeringen inför en utskrivning från tvångsvård behöver också omfatta hur personens vardag ska se ut inklusive sysselsättning och försörjning. Personer som skrivits ut från LVM beskriver ofta att återkomsten till en miljö med ensamhet eller destruktiva relationer utan att ha något att göra på dagarna är den mest kritiska situationen när det gäller risken för återfall. I kapitel 6 och i avsnitt 9.3.2. i delbetänkandet beskriver vi närmare de olika metoder och modeller som finns för att arbeta med sysselsättning med den här målgruppen.

Vi föreslår att Socialstyrelsen, i samverkan med Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen och i samråd med SKR, får i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla former för sysselsättning som ger möjlighet till ett självständigt liv. Det kan bland annat innebära att de gemensamt belyser hur offentligt skyddade anställningar kan byggas ut och förstärkas för gruppen. När det gäller sysselsättning för den här målgruppen har även civilsamhället en avgörande roll. Vi föreslår därför också att statsbidraget för juridiska personer som tillhandahåller sysselsättning ökas med 20 miljoner.

Skäl till bedömning och förslag

Att få tillgång till sociala stödinsatser efter slutenvården kan vara en förutsättning för att en person med skadligt bruk eller beroende ska kunna tillgodogöra sig sin behandling och få en fungerande vardag. Så tidigt som möjligt under tvångsvården ska en planering från socialtjänsten påbörjas kring insatser som gäller exempelvis boende, sysselsättning, försörjning eller vårdnad och umgänge. Majoriteten av de patienter som skrivs ut kommer dock att vara kända av socialtjänsten sedan tidigare och har troligtvis redan pågående insatser, men där planeringen kan behöva justeras efter tvångsvårdstillfället.

Våra förslag i delbetänkandet bedöms leda till att regionen ökar sitt utbud av öppenvårdsbehandling och att kommunerna fokuserar på de sociala stödinsatserna på den ort där den enskilde är bosatt. Det förändrar delvis förutsättningarna för utformningen av boendeinsatser och sysselsättning då avbrottet för en tvångsvårdsperiod inte kommer bli lika långt. Då vårdtiderna, enligt utredningens bedömning, minskar så kommer socialtjänstens insatser inte att avslutas

utan ansvaret för socialnämnden att tillhandahålla de sociala stödinsatserna kvarstår under slutenvården, likt exempelvis en äldre person som bor på särskilt boende men som under en period ligger på sjukhus.

I kapitel 6 går det att läsa mer om skäl till förslagen kring att stärka socialtjänstens ansvar för boende och sysselsättning för målgruppen.

Civilsamhällets roll gällande sociala stödinsatser

Civilsamhället är en viktig aktör för många personer med beroende och andra psykiatriska tillstånd och en viktig del i det stöd som ges till målgruppen, vilket också ofta påtalas i de kontakter vi haft med personer med egen erfarenhet. Ibland har fristående organisationer bättre förutsättningar att nå personer i social utsatthet än kommunen och andra myndigheter. I avsnitt 13.3.3 i delbetänkandet utvecklas resonemang kring detta och förslag beskrivs för att stärka civilsamhällets roll för målgruppen.

9 Trygg och meningsfull haldygnsvård

Världshälsoorganisationen (WHO) skriver i ett material som syftar till att minska användningen av tvångsåtgärder att det finns forskning som visar på att åtgärder som avskiljning och fastspänning kan vara skadliga för personers fysiska och psykiska hälsa. Enligt WHO upplever patienter som utsätts för dessa åtgärder bland annat känslor av förlorad värdighet, rädsla, förödmjukelse, stress, obehag, ångest, minskad självkänsla, hjälp-, makt- och hopplöshet, förtvivlan, frustration, ilska, sorg, samt förlorad tillit. Trots att det bör uppmärksammas och vidkännas att konfliktfyllda och spända situationer kan uppstå inom vården, så menar WHO alltså att tvångsåtgärder bör undvikas och att personal behöver få resurser, strategier och färdigheter för att hantera dessa situationer på andra, mer terapeutiska vis¹.

FN:s Kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har riktat kritik mot den svenska psykiatrin. Kommittén anmärker på behandlingen av personer med psykiatriska sjukdomar och pekar på bristen på tillgång till öppenvård. Kommittén riktar också kritik mot användningen av tvångsåtgärder inom den psykiatriska slutenvården. Kommittén vill se en effektiv uppföljning av all behandling och alla beslut om tvångsintagning på psykiatriska institutioner².

I inledningskapitlet beskriver vi som principiella utgångspunkter för våra förslag att tvångsvård ska användas för att förhindra dödsfall och allvarlig sjukdom, och att verksamheter som bedriver heldygnsvård med tvång ska vara i ständig utveckling för att göra vården så trygg och meningsfull som möjligt. Vi menar att förslagen som vi lämnar i det här kapitlet kan bidra till att stärka kvaliteten i den psykiatriska tvångsvården. Detta genom en bestämmelse som säkerställer att det

¹ Wallhed Finn, 2022, Sammanställning av forskning om patienters upplevelse av tvångsvård.

² Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, 2016, Avslutande anmärkningar om Sveriges sjätte periodiska rapport.

bedrivs ett utvecklingsarbete överallt där tvångsvård förekommer i syfte att bland annat öka patienternas delaktighet och minska förekomsten av tvångsåtgärder, dels genom inrättandet av en kommission för ökad rättssäkerhet och stöd till utvecklingen av en trygg och meningsfull tvångsvård.

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.

9.1.1 Närmare om förslaget

I HSL och PL finns i dag bestämmelser om att all vård ska vara god och säker. När det gäller psykiatrisk tvångsvård ser vi ett behov av att tydliggöra kraven på vården ytterligare. Vård utan samtycke är ett kraftigt ingrepp i den enskildes rättssfär och utgör ett undantag från grundlagsstadgade fri- och rättigheter. Detta gäller särskilt påtvingad medicinering, fastspänning och avskiljning, eftersom dessa tillhör de mest långtgående kroppsliga ingrepp som är tillåtna i svensk rätt. Tvångsvård innehåller också särskilda risker, dels genom direkta fysiska och psykiska vårdskador, dels genom att integritetskränkningen som kan minska tilliten till vården så att patienter avstår från att söka nödvändig vård i framtiden. För att tvångsvård ska kunna legitimeras krävs därför att den leder till konkreta förbättringar för patienten, vilket i sin tur ställer krav på att hen erbjuds adekvat behandling och meningsfulla aktiviteter. Hur en patient retrospektivt uppfattar tvångsvården är ofta ambivalent och ger ofta uttryck för både positiva (fanns ett behov av vård, trygghet på avdelningen) och negativa (maktlöshet, ilska) upplevelser. Faktorer som bidrar till en mer positiv bild av tvångsvården påverkas av bemötande, behandlings-

innehåll, medbestämmande, en god fysisk vårdmiljö och meningsfulla aktiviteter.³

Vi föreslår därför en bestämmelse som stadgar att på sådana enheter där det ges vård enligt LPT och LRV ska det, för en trygg och meningsfull vård, bedrivas ett ständigt utvecklingsarbete som innefattar vårdinnehållet, patienternas delaktighet och ett arbete för att minska tvångsåtgärder. Vi har övervägt att kravet bara ska gälla tvångsvården men funnit att det inte är möjligt att avgränsa ett utvecklingsarbete till att bara gälla patienter som för tillfället vårdas enligt LPT eller LRV. En patient kan inleda sin vårddid under tvångsvård vilken sedan övergår till frivillig vård och tvärtom. Det är också vanligt att patienter vårdas enligt LPT vid ett tillfälle och frivilligt vid ett annat, vilket inte ska innebära att vården ser annorlunda ut. Den reglering i HSL som vi föreslår tydliggör att syftet inte är att särbehandla patienter eller sträva efter att tvångsvård sker för sig avskilt från annan vård.

Utvecklingsarbetet ska syfta till

- *öka patienternas delaktighet och inflytande,*
- *utveckla innehållet i vården samt*
- *minska förekomsten av tvångsåtgärder.*

Utvecklingsarbetet ska ske både på individ- och verksamhetsnivå. Utvecklingen av innehållet i vården avser bland annat behandlingsinnehåll, bemötande, fysisk miljö och meningsfulla aktiviteter. Att minska förekomsten av tvångsåtgärder avser bland annat utvärdering av vad som minskar tvångsåtgärder för enskilda och grupper av patienter, beaktande av patienternas erfarenheter av tvångsåtgärder och ett systematiskt arbete för att minska hot och våld mot personal och patienter. Det innebär också att genomföra de tvångsåtgärder som trots allt görs, så skonsamt och respektfullt som möjligt.

Vi anser inte att bestämmelsen i detalj varken ska definiera vad trygg och meningsfull heldygnsvård innebär eller ange vilka åtgärder som ska bedrivas med stöd av den. I stället får syftet som anges i punkterna ovan vara vägledande för vilka åtgärder som bedrivs både på nationell nivå och i varje verksamhet. Patienter och profession behöver vara med och definiera, både på nationell, regional och lokal nivå hur trygg och meningsfull vård ska definieras. Bestämmelsen

³ Wallhed Finn, 2022, Sammanställning av forskning om patienters upplevelse av tvångsvård.

avser därför bidra till ett ökat brukarinflytande i vårdens utvecklingsarbete inte bara genom att syftet är att ett sådant arbete ska bedrivas, utan också genom att patienternas kunskaper och erfarenheter spelar roll för inom vilka områden arbetet bedrivs och hur det utförs.

Från tidigare utvecklingsarbeten kan exempel hämtas som beskriver vad trygg och meningsfull vård bör innebära:

- att patienter och personal strävar mot samma mål och att båda är medskapare av vården,
- att det skapas ett socialt sammanhang under vårdtiden,
- att den fysiska vårdmiljön främjar återhämtning⁴,
- en fysisk miljö som bidrar till en trygghet där svåra situationer kan undvikas,
- ett bemötande som patienterna upplever som respektfullt, inkluderande och som bidrar till att svåra situationer inte eskalerar,
- att stärka patientens egna resurser för återhämtning och ökad hälsa och
- ett arbete med att undvika tvångsåtgärder och att varje tvångsåtgärd i efterhand följs upp med den berörda patienten.

Redan i propositionen 1990/91:58 som föregick nuvarande LPT uttrycker lagstiftaren att resultatet av tvångsvården är avhängigt behandlingen och den vårdmiljö där tvånget sker. Där lyfts också vikten av bemötande och behovet av värme och förståelse för patienterna och patientens delaktighet i sin egen vård. Riktningen måste enligt propositionen vara att samhället slutligen överger inslagen av förvar och kontroll i tvångsvården till förmån för trygghet och behandling. En ny bestämmelse om trygg och meningsfull slutenvård kan ytterligare bidra till en utveckling i den riktningen. Den ligger även i linje med de förslag som finns i delbetänkandet kring patienters delaktighet och inflytande.

⁴ Se om begreppet återhämtning i t.ex. i Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

9.1.2 Minska hot, våld och tvångsåtgärder

I dagsläget är kunskapen om tvångsvården och dess effekter begränsad. Det finns behov av mer forskning om tvångsvård och tvångsåtgärder. En utmaning ligger i att utforma forskningsstudier som kan kontrollera för de ofta många samspelande faktorer som bidrar till att tvång används eller inte används i psykiatrisk vård⁵. En viktig fråga är med vilka metoder och arbetssätt som omfattningen av tvång kan minska.

SBU publicerade 2019 en systematisk översikt kring förebyggande åtgärder för att minska tvång i psykiatri. Denna visade inte på några tydliga effekter av förebyggande åtgärder mot tvång i psykiatrisk vård för vuxna. Men man kan inte utesluta att några av de insatser som översiktsförfattarna funnit i litteraturgenomgången kan ha effekt. Det vaga resultatet var främst en följd av att de identifierade studierna var för få, och att några av dem hade svagheter i randomisering och gruppindelning. Dock fanns det studier som gav stöd för att handledning av personal minskade användning av tvångsåtgärder, samt att tvångsåtgärder möjligen minskar med hjälp av systematiska bedömningar av risken för aggressivt och våldsamt beteende. Riskbedömningarna bör leda till förebyggande åtgärder⁶. En begränsning med SBU:s översikt är att dess snäva inkluderingskriterier gör att en stor del av forskningen på området inte ryms. Det gäller inte minst kvalitativa- och observationsstudier om tvångsvårdens organisation och olika aktörers upplevelser. Sådan forskning kan ge värdefulla bidrag till arbetet med att minska omfattningen av tvång, men även att förbättra formerna för det tvång som ändå är nödvändigt.

Även om det är svårt att hitta säker kunskap om hur tvånget och dess negativa effekter kan minskas, finns lovande exempel.

SKR har i samverkan med regioner, egenerfarna, utvecklingsprojekt såsom Safewards Sverige och NSPH:s återhämtningsguide tagit fram ett material som tydliggör och beskriver de delar som tillsammans skapar en trygg och meningsfull heldygnsvård med ett minimum av tvång. Materialets syfte är att stödja heldygnsvården att utveckla och kvalitetssäkra dess innehåll och stärka personalens kompetens, men också att kommunicera heldygnsvårdens syfte och värde. Innehållet

⁵ Pelto-Piri och A. Strandberg, 2022, Att förebygga våld och tvång på institutioner genom social inkludering – det proaktiva programmet Safewards. Socialvetenskaplig tidskrift.

⁶ SBU, 2019, Förebyggande insatser för att minska tvångsvård och tvångsåtgärder i psykiatrisk vård av vuxna.

grundar sig på forskning, erfarenheter från tidigare och nuvarande utvecklingsprojekt, hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen, lagen om psykiatrisk tvångsvård och även FN:s allmänna förklaring om det mänskliga rättigheterna. I vägledningen beskrivs att ett meningsfullt innehåll består av ett varierat utbud av aktiviteter, vårdande samtal, kunskapsbaserade bedömningar och medicinska, stödjande och hälsofrämjande insatser. Dessa bör så långt som möjligt planeras tillsammans med den person som vårdas, utifrån hans behov och situation. Insatser och mål ska beskrivas i en vårdplan. Vårdplanen ska vara välkänd och tillgänglig för individen själv och andra involverade samt utvärderas och uppdateras löpande⁷. I kapitel 8 lämnar vi förslag som syftar till att vårdplanen enligt LPT så långt det är möjligt ska utgå från patientens egna mål och att patienten ska få information om vilka behandlings- och utredningsåtgärder som planeras och vad de syftar till. Sedan tidigare finns bestämmelser i LPT 16 § om att planen ska upprättas i samråd med patienten.

Safewards är ett program för att systematiskt arbeta för att minska hot, våld och tvångsåtgärder i den psykiatriska heldygnsvården. Genom att titta på psykiatriska avdelningar och försöka förstå varför otrygga och hotfulla situationer kan uppkomma har Safewards identifierat tio insatser som syftar till att hjälpa personalen att förebygga och hantera sådana situationer.

Safewards lägger stark tonvikt på kulturen på den psykiatriska avdelningen, social inkludering och den fysiska miljön. Syftet är att skapa en trygg, inkluderande vårdmiljö som förebygger att konflikter uppkommer. De tio insatserna som Safewards består av främjar tre områden: 1) Den sociala gemenskapen, 2) hur personal pratar med och om patienter samt 3) hur personal stödjer patienter vid svåra känslor och situationer. Sex av insatserna handlar om att skapa en social gemenskap och en positiv kommunikationskultur och fyra av insatserna fokuserar på att tidigt identifiera brukare som kan vara oroliga, irriterade eller rädda samt situationer där konflikter riskerar att uppkomma. Programmet bygger på att personal och patienter är delaktiga i alla steg och inbjuder till ett stort inflytande på utformningen för patienter⁸.

⁷ SKR, 2022, En meningsfull heldygnsvård – Grundkomponenter för trygg och meningsfull heldygnsvård och minsta möjliga tvång vid psykiatriska tillstånd.

⁸ Pelto-Piri och A. Strandberg, 2022, Att förebygga våld och tvång på institutioner genom social inkludering – det proaktiva programmet Safewards. Socialvetenskaplig tidskrift.

Internationella studier har utvärderat Safewards vid ett antal tillfällen och visar positiva resultat när det gäller avskiljningar och incidenter med hot och våld⁹. Minskningen har dock varit beroende av kontext och hur väl personalen lyckats med implementeringen av programmet¹⁰.

Hösten 2022 finns Safewards implementerat på 20 avdelningar inom psykiatrisk heldygnsvård i Sverige. De avdelningar som arbetat längst med modellen finns på Sahlgrenska sjukhuset. Uppföljningen av dessa avdelningar visar på kraftigt minskade tvångsåtgärder, minskade sjukskrivningar och en ökad känsla av trygghet och gemenskap bland patienter. Implementeringen av Safewards i Sverige följs av ett forskningsprojekt kopplat till Örebro och Stockholm¹¹.

Regeringen har gett Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i uppdrag att genomföra en förstudie i syfte att identifiera och utvärdera alternativa metoder och arbetssätt till tvångsåtgärder inom SiS verksamhet samt inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården¹². Uppdraget ska redovisas i april 2023.

9.1.3 Skäl för förslaget

Som anføres ovan har samhället och hälso- och sjukvården ett särskilt ansvar för människor som vistas i den slutna heldygnsvården och särskilt när det finns inslag av tvång. Att utöka vårdens ansvar för behandling av personer med skadligt bruk eller beroende kommer innebära ett ökat antal personer som vårdas med tvång inom psykiatrin. Det kan också komma att innebära längre vårdtider än vad som är vanligt enligt LPT i dag. De här nya förutsättningarna kräver ett aktivt förändrings- och utvecklingsarbete inom hela den psykiatriska heldygnsvården.

Att som patient vistas på en avdelning för psykiatrisk heldygnsvård kan vara en svår upplevelse. Att vårdas under tvång kan, även om det är nödvändigt, upplevas som särskilt svårt för den enskilde,

⁹ Bowers, 2014, Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards.

¹⁰ Pelto-Piri och A. Strandberg, 2022, Att förebygga våld och tvång på institutioner genom social inkludering – det proaktiva programmet Safewards. Socialvetenskaplig tidskrift.

¹¹ Pelto-Piri och A. Strandberg, 2022, Att förebygga våld och tvång på institutioner genom social inkludering – det proaktiva programmet Safewards. Socialvetenskaplig tidskrift.

¹² Regeringsbeslut, 2022, Uppdrag att genomföra en förstudie avseende alternativa metoder till tvångsåtgärder inom Statens institutionsstyrelse, den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården S2022/04744 (delvis).

med upplevelser av till exempel tvångsåtgärder och biverkningar av önskad medicinering. Situationen kan dessutom upplevas som ett misslyckande, otryggt, svårt att förstå och medföra en mängd andra känslor som är svåra att hantera.

Många patienter har beskrivit psykiatriska avdelningar som otrygga platser där hot och våld är vanligt förekommande, där det förekommer fyrkantiga regler och där det finns brister i den terapeutiska relationen. Detta kan innebära svårigheter i rehabiliteringen och minska möjligheten att må bättre¹³. Studier om personalens situation visar att våld är ett allvarligt arbetsmiljöproblem som bland annat kan leda till högre risk för långa sjukskrivningar.¹⁴

Liknande erfarenheter finns från den tvångsvård som bedrivs av SiS. I en avhandling från 2021 om LVU konstateras att det i en institutionell miljö finns en inneboende konflikt mellan att den ska präglas av säkerhet och kontroll och att den ska fungera vårdande. Miljön upplevs av klienter som fokuserad på säkerhet och kontroll snarare än som är trygg och vårdande.¹⁵ En liknande bild beskrivs i en medlemsundersökning från Seko där det framgår att även personal på institutioner upplever att det svårt att hantera balansen mellan säkerhet och vård.¹⁶

Detta stämmer väl överens med den bild vi fått av LVM-institutionerna vid våra besök. I Nolbecks avhandling beskrivs hur ungdomarna upplever säkerhetsinskrivningen som kontroll medan personalen legitimerar denna mot bakgrund av ungdomshemmet som en potentiellt farlig plats.¹⁷ Från personal på LVM-institutioner har vi fått beskrivningar av att säkerhet och kontroll är ett måste med anledning av risken för införsel av droger och för säkerheten för andra intagna. Vi avfärdar inte att det kan stämma för enskilda klienter eller i enskilda situationer, men det är samtidigt en vård som ges till personer med allvarliga psykiatriska tillstånd som befinner i en utsatt och maktlös situation. Därför behöver vården också präglas av tillit

¹³ Wallhed Finn, S. (2022) Sammanställning av forskning om patientens upplevelse av tvångsvård. Dnr Komm2020/00612/S 2020:08.

¹⁴ Peltö-Piri och A. Strandberg, 2022, Att förebygga våld och tvång på institutioner genom social inkludering – det proaktiva programmet Safewards. Socialvetenskaplig tidskrift.

¹⁵ Nolbeck, 2022, Confinement and Caring – On sociomaterial practices in secured institutions for youths.

¹⁶ Seko, 2022, SiS Förvaring eller vård?

¹⁷ Nolbeck, 2022, Confinement and Caring – On sociomaterial practices in secured institutions for youths.

och bärande relationer. Tvångsvård förutsätter att det finns en balans mellan dessa ibland motstående perspektiv.

I SOU 2022:40 föreslås en förstärkning i LPT och LRV som ger samtliga patienter rätt till individuellt anpassade och dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och utomhusvistelser under vårdtiden. Ur ett vård- och behandlingsperspektiv är möjligheten att vistas utomhus och att kunna delta i aktiviteter viktig. För flera av de vanligaste psykiatriska tillstånden finns stöd för att fysisk aktivitet kan bidra till ett förbättrat hälsotillstånd. I förarbetena till en motsvarande bestämmelse som enbart gäller barn understryker regeringen att vårdmiljön är av särskild betydelse för patienter som är föremål för psykiatrisk tvångsvård då patienten i praktiken har sin bostad på vårdinrättningen under en kortare eller längre tid.¹⁸ Bestämmelsen vi föreslår understryker det ytterligare.

Som vi beskriver ovan under avsnitt 9.1.1 ser vi trygg och meningsfull vård som ett begrepp som innehåller allt ifrån fysiska vårdmiljöer till bemötandefrågor. Gemensamt för alla delar är att de syftar till att främja patientens återhämtning och stärka dennes inflytande i vården. Att ge patienten mer inflytande över sin vård kan bidra till att rubba maktbalansen som ofta finns i vård och omsorg, vilket är särskilt uttalat när det gäller insatser under tvång. För att uppnå en trygg och meningsfull vård krävs att ansvariga för verksamheten har tillräcklig kunskap om hur patientens mål uppnås, att det finns förutsättningar för patientens delaktighet, stöd och utbildning för personal och att det finns tid för reflektion och eftertanke. Verksamheten tillämpar också arbetssätt och metoder som bygger på bästa tillgängliga kunskap.

Tvångsvårdscommissionen som beskrivs nedan i avsnitt 9.2 har i uppdrag att följa upp om den psykiatriska slutenvården är trygg och meningsfull. Den ska också stödja utvecklingsarbetet, ta fram kriterier för hur utvecklingsarbetet ska följas upp och genomföra sådana uppföljningar. Om vården är trygg och meningsfull kan årligen undersökas genom till exempel enkäter eller intervjuer med patienter, personal och ledningsfunktioner.

¹⁸ Prop. 2019/20:84 Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården s. 47.

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.

I 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen (2010:659) införs en uppgiftsskyldighet från hälso- och sjukvården till kommissionen.

I 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) regleras att Kommissionen omfattas av hälso- och sjukvårdssekretessen.

9.2.1 Inledning

I våra direktiv anges att den gemensamma lagstiftning som vi ska lämna förslag på ska vara rättssäker. Vi bedömer att det förutsätter ett förstärkt arbete på nationell nivå för utveckling av tvångsvården. Därför föreslår vi att det inrättas en kommission för att förstärka kunskapen om tvångsvårdens bedrivande, förstärka patienternas rättssäkerhet och stödja utvecklingen av en trygg och meningsfull tvångsvård.

Som påpekats i inledningen till det här kapitlet utgör psykiatrisk tvångsvård mycket ingripande myndighetsutövning mot enskilda och lagstiftningen medger en rad inskränkningar i sådana fri- och rättigheter som följer av svensk grundlag och internationella konventioner. Patienterna kan ha svårt att på grund av sjukdom formulera och själva driva sina intressen. Mot den bakgrunden är det av yttersta vikt att det finns nationell kunskap om hur verksamheten bedrivs. Det behöver också löpande ske metodutveckling och kunskapsförstärkningar i syfte att främja rättssäkerheten och säkra att tvångsvården är trygg och meningsfull. Som utvecklas nedan finns det i dag brister såväl i granskningen av enskilda fall som vad gäller den nationella överblicken av verksamhetens bedrivande. Åtgärder har vidtagits i

form av särskilda uppdrag till berörda myndigheter ett antal gånger. Vi bedömer att dessa hittills inte nått resultat som ger tillräcklig kunskap om tvångsvården eller att kunskapsutvecklingen och rätts-säkerheten fått stöd på ett ändamålsenligt sätt. Därför anser vi att det behövs en kommission som löpande följer utvecklingen inom området och rapporterar sina iakttagelser till regeringen samtidigt som den stödjer vården i att garantera patienternas rättssäkerhet och bedriva en trygg och meningsfull tvångsvård. Kommissionen ska också stödja att det sker en sammanhållen vårdplanering där patientens mål framgår. När kommissionens arbete omfattar barn ska barnkonventionens bestämmelser beaktas.

9.2.2 Bakgrund

Ansvar för tvångsvårdsfrågor på nationell nivå

Redan i dag finns ett antal myndigheter som på olika sätt är involverade i granskning av tvångsvården. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsynen av all hälso- och sjukvård och socialtjänst inklusive den som bedrivs utan samtycke. Som en del av detta ska IVO ta emot underrättelser från vården när tvångsåtgärder pågår utanför de tidsbegränsningar som lagstiftningen anger för sådana åtgärder. Syftet med underrättelserna är att myndigheten ska kunna agera omedelbart i sådana situationer. JO granskar att myndigheterna arbetar enligt de lagar och regler som styr deras arbete – särskilt sådana lagar som berör enskildas rättigheter och skyldigheter i förhållande till det allmänna. OCPAT-enheten är en verksamhet inom ramen för JO som har ett särskilt uppdrag som nationellt besöksorgan på till exempel fängelser eller psykiatriska kliniker där personer är frihetsberövade. Socialstyrelsen ska utfärda föreskrifter och bidra med kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde. Myndigheten ska också följa, analysera och rapportera om bland annat om hälsa, hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen ansvarar för patientregistret dit ett antal hälso- och sjukvårdsåtgärder ska rapporteras, bland annat tvångsåtgärder som vidtas mot patienter som vårdas enligt LPT och LRV. Statens institutionsstyrelse ska bedriva metodutveckling, forskning och uppföljning av vårdresultat inom sitt verksamhetsområde. Därutöver har regeringen under ett antal år ingått överenskommelser med SKR om att orga-

nisationen ska bedriva utvecklingsarbete bl.a. inom området psykiatrisk tvångsvård med stöd av statliga medel som avsatts för ändamålet.

Kritik mot tillsyn av tvångsåtgärder

Granskningen, kontrollen och den nationella överblicken av tvångsvården har kritiserats bland annat av JO, Bergwallkommissionen och Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård (SOU 2017:111). Kritiken har bland annat riktats mot att IVO i för liten grad drar nationella slutsatser av de underrättelser av tvångsvårdsåtgärder som myndigheten tar emot enligt IVO:s föreskrift (HSLF-FS 2022:46)¹⁹ samt att myndigheten inte agerar tillräckligt snabbt och tillräckligt ofta på underrättelserna. Mot bakgrund av ett kritiskt uttalande av JO gav regeringen, i juni 2021, ett särskilt uppdrag (S2021/04972) till IVO att under perioden 2021–2024 förstärka och utveckla tillsynen och uppföljningen av den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården. IVO har tagit fram en plan för hur myndigheten avser ta sig an arbetet med uppdraget, som beskrivs i delredovisning av uppdraget.²⁰ Det har också revideringar av den ovan nämnda föreskriften efter JO:s kritik. Även internationella granskningsorgan har påpekat att Sverige brister i uppföljningen av psykiatrisk tvångsvård och användningen av tvångsåtgärder. Till exempel påpekar FN:s kommitté mot tortyr, som bevakar länders efterlevnad av FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling, i sin rapport 2021, att Sverige ska säkerställa att det sker kontinuerlig övervakning av förhållandena på psykiatriska tvångsvårdsinstitutioner.²¹

Brister i patientregistret

Tillförlitliga register är en förutsättning för en god uppföljning, och här har det funnits brister rörande tvångsvården. Genom åren har därför en rad åtgärder vidtagits för att förbättra kvaliteten på data om vidtagna tvångsåtgärder i patientregistret. Exempelvis har regioner

¹⁹ Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om chefsöverläkarens underrättelse- och uppgiftsskyldighet avseende vissa åtgärder inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

²⁰ IVO, 2022, Delredovisning av S2021/04972.

²¹ United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 2021, Concluding observations on the eighth periodic report of Sweden.

under perioder fått ersättning för att rapportera till registret och regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att förbättra statistiken. Myndigheten har också tillförts särskilda medel för ändamålet. Trots det uppger Socialstyrelsen att det inte går att helt kvalitetssäkra uppgifterna om tvångsåtgärder i patientregistret. Ansvar för bristerna kan enligt vår uppfattning anses vara delat mellan rapporteringsskyldiga regioner och Socialstyrelsen.

Utvecklingen av kunskap inom området

Vi bedömer att det de senaste åren har det skett en positiv utveckling när det gäller kunskapen om den psykiatriska vården i sin helhet och tvångsvårdens bedrivande. Av betydelse för denna utveckling har varit Socialstyrelsen särskilda registerstudier och de insatser som myndigheten gjort i de särskilda regeringsuppdragen om att utvärdera det vetenskapliga stödet och den beprövade erfarenheten om metoden självvald inläggning (RB 2021), samt den pågående kartläggningen av den psykiatriska tvångsvården (RB 2022). Det sistnämnda uppdraget har också genomförts med ett tydligt patientperspektiv som kommit till uttryck bland annat genom samarbete med patient-, brukar- och anhörigorganisationer som intervjuat patienter och anhöriga på myndighetens uppdrag.

Kontrollkommissionen i Norge

I Norge finns en särskild kontrollkommission för den psykiatriska tvångsvården. Dess verksamhet regleras i 6 kap. i psykisk helsevernloven. Kontrollkommissionens uppgifter kan delas in i tre huvudområden

- kontroll av tvångsbeslut,
- behandling av överklaganden,
- välfärdskontroll.

Kontrollkommissionen ska på eget initiativ kontrollera att de formella och materiella villkoren för tvånginläggning är uppfyllda. Det finns också bestämmelser om att kontrollkommissionen ska underlättas när någon underkastats tvångsobservation eller tvångsvård och

så snart som möjligt förvissa sig om att procedurreglerna följts och att förutsättningarna för åtgärden är uppfyllda. Vidare ska kontrollkommissionen tre månader efter beslut, på eget initiativ bedöma om det finns behov av tvångsvård och kontrollera att det finns en individuell plan för patienten. Ansvarig läkare ska sörja för att det minst en gång var tredje månad, genom en undersökning, bedöms om villkoren för tvångsvård fortfarande föreligger. Undersökningen ska omfatta en redogörelse för patientens individuella plan. Finns ingen plan ska orsaken till detta uppges. Resultatet av kontrollundersökningen ska dokumenteras i patientens journal och skickas till kontrollkommissionen. Kontrollkommissionen ska också samtycka till fortsatt tvångsvård utöver ett år,²² och bedöma beslut om psykiatrisk vård för barn över 12 år där föräldrarna, men inte barnet, samtycker till vård.²³

Kontrollkommissionen är också, med några undantag, klagoinstans för alla beslut enligt psykisk helsevernloven. Det innebär bland annat att kommissionen prövar överklaganden om skjerming, inskränkningar i rätten att stå i förbindelse med omvärlden, undersökning av rum, kroppsvisitation, rusmedelstestning av biologiskt material samt användning av tvångsmedel på vårdinrättning för sluten vård.

Kontrollkommissionen ska också, i den utsträckning det är möjligt, göra den kontrollkommissionen finner nödvändig för patientens välfärd. Enligt förarbetena är välfärdskontrollen en sekundär uppgift, för att förhindra sammanblandning med tillsynsmyndigheternas uppgifter. Strävan att undvika överlappande myndighetsområden är också bakgrunden till att kommissionen inte har befogenhet att fatta bindande beslut om saker som rör patientens generella välfärd.²⁴

Kontrollkommissionen leds av en jurist som är kvalificerad att tjänstgöra som domare och ska i övrigt bestå av en läkare och två andra ledamöter. En av de senare ska ha egen erfarenhet av psykiatrisk vård, vara eller ha varit närstående till patient som vårdats i psykiatri eller ha representerat patientintresset genom sin ställning eller värv. Ledamöterna utnämns för fyra år i taget.

²² Tvångsvård upphör efter 1 år om inte kontrollkommissionen samtycker till att tvångsvården förlängs.

²³ Enligt § 2–1 phvl ska, vid undersökning eller behandling i sluten vård för barn som har fyllt 12 år och som inte själv samtycker till undersökningen eller behandlingen, frågan underställas kontrollkommissionen.

²⁴ Ot.prp. nr 11 (1998–99) s. 128 och 133.

Förslag av Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård (SOU 2017:111).

Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård (SOU 2017:111) konstaterade att det är en legitimitetsfråga att det ställs höga krav på rättssäkerhet och kvalitet i tvångsvården och att beslut hanteras på ett korrekt sätt. Utredningen ansåg att det behövdes en kunskapsuppbyggnad i fråga om tolkning och tillämpning av rättighetsinskränkande lagstiftning och implementering av kunskapsbaserade och väl beprövade metoder för att minska användningen av tvångsåtgärder. Utredningen menade vidare att en förutsättning för att säkerställa att de rättigheter barn tillförsäkras genom barnkonventionen är en ändamålsenlig, regelbunden tillsyn avseende såväl rättssäkerhet som vårdinnehåll. Tillsyn av psykiatrisk tvångsvård där barn vårdas med stöd av LPT eller LRV sker inte regelbundet. Utredningen menade att en oregelbunden och sporadisk tillsyn inte är tillräcklig när det gäller barn i en sluten miljö där samhället har påtagit sig ett särskilt ansvar.

Därför gjorde utredningen bedömningen att det vid sidan av IVO:s tillsyn, skulle finnas ett nationellt organ – en nämnd – som särskilt hade att hantera den psykiatriska tvångsvården av barn.

Den föreslagna nämndens uppgifter skulle innefatta besök på vårdinrättningar som bedriver tvångsvård av barn en gång per månad och annars när skäl därtill uppkommer. Nämnden skulle också vara mottagare av underrättelserna om tvångsåtgärder. Vid besöken skulle såväl vårdmiljö som personalsituation uppmärksammas liksom användningen av tvångsåtgärder, medicinering utan samtycke och eventuellt förekommande ordningsregler som går utöver vad lagstiftningen medger, att patienten fått erforderlig information, att barn fått komma till tals och att barnets bästa beaktats. Det skulle också ankomma på nämnden att vid sina besök, och på annat sätt, sprida information om t.ex. rättspraxis, JO:s beslut och om IVO:s beslut av relevans för psykiatrin. Nämnden skulle, enligt förslaget, bestå av en jurist, en specialistläkare, specialistsjuksköterska och en legitimerad psykolog och ersättare för dessa, samt företrädare för patientorganisationer och för barn och unga. Nämnden skulle utses av regeringen efter förslag från Socialstyrelsen och IVO.

Remissinstanserna gav förslaget ett blandat mottagande.

I regeringens proposition som föranleddes av utredningsförslaget gjorde regeringen bedömningen att den föreslagna nämndens uppgifter redan ligger inom de uppdrag som ankommer på Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Socialstyrelsen. Regeringen fann därför inte skäl att gå vidare med förslaget.²⁵

9.2.3 Närmare om och skäl för förslaget

Kommissionens uppgifter

Som framgått i inledningen av det här avsnittet finns det enligt vår uppfattning behov av en kommission för tvångsvård som fyller tre syften. Dessa är att:

- öka kunskapen om tvångsvårdens bedrivande,
- förstärka patienternas rättssäkerhet, och
- stödja utvecklingen av en trygg och meningsfull tvångsvård.

Vi ser svårigheter med en kommission som den i Norge som har ett självständigt rättstillämpande uppdrag och möjlighet att fatta egna beslut och som dessutom är klagoinstans. Om uppdraget formuleras på det sättet riskerar det att uppkomma oklara ansvarsgränser och dubbelarbete med hänsyn till att andra myndigheter har liknande uppdrag. Den slutsatsen får också stöd av regeringens uttalande om en sådan särskild nämnd som föreslogs av utredningen om tvångs-åtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.

I stället föreslår vi en kommission som har i uppdrag att följa utvecklingen inom tvångsvården med fokus på rättssäkerhet och att bedriva kunskapsförmedling. Kommissionen ska ha rätt att göra verksamhetsbesök och ha kontakter med patienter och anhöriga. Kommissionen ska följa utvecklingen inom området genom att sammanställa forskning, myndighetsrapporter och de egna kontakterna med vården och patienterna. Kommissionen ska också bedriva kunskapsutveckling med särskild fokus på en trygg och meningsfull tvångsvård utifrån den bestämmelse som vi föreslår i 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, och med fokus på en sammanhållen planering där patientens mål framgår. När kommissio-

²⁵ Prop. 2019/20:84, Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården, s. 49.

nens arbete omfattar barn ska barnkonventionens bestämmelser beaktas. Ett uppdrag för Kommissionen ska vara att rapportera om och lämna förslag till regeringen om hur statliga myndigheters uppföljning, kunskapsstöd och granskning av tvångsvården kan utvecklas.

Nedan utvecklas kommissionens uppgifter och hur de förhåller sig till andra myndigheters ansvar.

Öka kunskapen om tvångsvårdens bedrivande

Som framgått ovan finns brister i statistiken över tvångsvårdstillfällena och vidtagna tvångsåtgärder. Flera åtgärder har vidtagits för förbättringar utan tydliga resultat. Tvångsvårdskommissionens kan ge stöd till inrapportering och lämna förslag på åtgärder som ökar förutsättningarna för korrekt inrapportering. Ett sådant arbete bör bedrivas i samarbete med Socialstyrelsen och SKR. Tvångsvårdskommissionen ska följa och analysera förekomsten av tvångsåtgärder, främst genom data från IVO och Socialstyrelsen. Kommissionens ska också lämna synpunkter till regeringen på hur IVO, Socialstyrelsen och andra myndigheter kan öka kunskapen om tvångsåtgärder vilket kan vara ett sätt att möta den kritik som JO har lämnat (se ovan).

Den viktigaste uppgiften för Kommissionen är dock att fånga patienternas erfarenheter och perspektiv på den vård som ges och de resultat den får. Fokus i Kommissionens analyser ska vara om vården är trygg och meningsfull, enligt den bestämmelse vi föreslår i HSL, samt om planeringen sker ur ett helhetsperspektiv och om patientens mål framgår av de planeringar som görs. Kommissionen ska också föra dialog med chefer och medarbetare i tvångsvården för att identifiera vilka förutsättningar och eventuella hinder som finns för att bedriva en trygg och meningsfull tvångsvård och för en sammanhållen planering. Underlagen till analyserna kan komma från forskning, andra myndigheters analyser och verksamhetsbesök.

Vid verksamhetsbesök ska det alltid föras samtal med patienter och personal. Kommissionen kan också genomföra intervjuer och fokusgrupper med patienter och anhöriga. Däremot är det inte en uppgift för Kommissionen att ta emot enskilda klagomål vilket skiljer Kommissionen från IVO:s uppdrag. Kommissionen kan dock underätta IVO om Kommissionen gör iakttagelser som borde föranleda tillsyn. Kommissionen gör inte heller oanmälda besök, fattar inte

beslut som gäller kvalitet eller regelefterlevnad i enskilda verksamheter och kan inte ställa krav på åtgärder i enskilda verksamheter. På samma sätt förhåller sig Kommissionen till Arbetsmiljöverket som liksom IVO är en tillsynsmyndighet med befogenheter att kritisera och sanktionera tillsynsobjektens verksamhet. Påpekandet bör göras för även om Kommissionen inte har i uppdrag att beakta arbetsmiljö kan IVO, Arbetsmiljöverket och Kommissionen komma att göra besök på samma verksamheter och det måste vara klart för huvudmännen vilka roller de olika myndigheterna har.

Kommissionen ska årligen rapportera sina iakttagelser till regeringen. Det uppdraget kan uppfattas närliggande till Socialstyrelsens uppdrag att följa, analysera och rapportera om bland annat hälsa, hälso- och sjukvård och socialtjänst. En skillnad är dock att patienters och medarbetares perspektiv säkerställs i de analyser som görs av Kommissionen, genom att personer med sådana erfarenheter finns representerade i Kommissionen, varom mera nedan. Kommissionen ska också ha ett tydligt uppdrag att vara pådrivande och att lämna förslag på hur andra nationella myndigheters arbetssätt kan utvecklas. Kommissionen ska vara oberoende och själv avgöra vilka frågor den vill belysa och rapportera om. Det skiljer sig från Socialstyrelsen som tar emot uppdrag från regeringen. Vi bedömer inte att det är ett problem att både Socialstyrelsen och Kommissionen kan rapportera om tvångsvården utifrån skilda uppdrag och perspektiv. Kommissionens uppdrag att lämna förslag på hur andra myndigheters uppdrag gällande tvångsvård bör utvecklas, ska inte heller sammanblandas med JO:s uppdrag att granska myndigheters regelefterlevnad och myndighetsutövning. Kommissionen lämnar endast förslag om verksamhetsutveckling utifrån uppdraget att verka för en trygg och meningsfull tvångsvård och har inga rättsliga befogenheter.

Ge råd i etiska frågor och om rättstillämpning

Våra samråd med den psykiatriska vården tyder på att det bland chefsöverläkare och övrig personal som är verksamma i den psykiatriska tvångsvården finns ett behov av få stöd i etiska avvägningar och i rättstillämpningen gällande tvångsvården. Sådant stöd kan ges av Kommissionen eftersom vi föreslår att patienters erfarenheter ska tas tillvara inom denna och genom att det i kansliet och i Kommis-

sionen ska finnas juridisk kompetens. En ledamot i Kommissionen ska också ha särskild etisk kompetens. Vi bedömer också att det för att stärka patienternas rättssäkerhet är en viktig uppgift att ge sådant stöd. Därför ska Kommissionen löpande publicera rättslig vägledning kring tillämpningen av LPT och LRV utifrån lagstiftning, föreskrifter, förarbeten, praxis, JO-utlåtande och liknande källor. Kommissionen ska också löpande ge vägledning utifrån direkta frågor på dessa områden. Vår bedömning är att behovet av vägledning om rättstillämpningen inom tvångsvården är större än inom andra delar av hälso- och sjukvårdsrätten. Det bygger på att rättsområdet i sig innehåller utmaningar eftersom det berör grundläggande fri- och rättigheter och kräver svåra etiska avvägningar. Därför behöver området kunna prioriteras och expertkunskapen inom området samlas. Vi bedömer att ett sådant arbetssätt för Kommissionen underlättar rättstillämpningen på ett sätt som stärker rättssäkerheten och kan minska förekomsten av tvångsåtgärder. Även här kan dock vissa gränsdragningsfrågor uppkomma gentemot IVO:s och Socialstyrelsens ordinarie uppdrag. Vi menar att Socialstyrelsen och Kommissionen behöver samordna sin planering inom området. Socialstyrelsen har föreskriftsrätt och kan utfärda allmänna råd. Den löpande vägledningen menar vi med fördel kan överlåtas till Kommissionen eftersom den kommer ha en särskild sådan inriktning och kompetens. På det sättet kan även myndigheternas uppdrag effektiviseras. Vi utgår ifrån att IVO:s tillsyn över tvångsvården kommer att utvecklas inom ramen för det pågående regeringsuppdraget (se ovan), men anser ändå att en kommission behövs. Skälet är, som vi redan anförts, att det finns särskilda behov av uppföljning, utveckling och stöd inom verksamheter som bedriver tvångsvård och att Kommissionens uppdrag skiljer sig från tillsynsmyndighetens.

Stödja utvecklingen mot en trygg och meningsfull tvångsvård

I avsnitt 9.1 föreslår vi att det av lagstiftningen ska framgå att det för en trygg och meningsfull vård vid sådana enheter där det ges vård enligt LPT och LRV ska bedrivas ett ständigt utvecklingsarbete. Kommissionen ska stödja ett sådant arbete. Det kan ske genom nätverk av verksamheter som bedriver heldygnsvård och patient- och brukarorganisationer som utbyter erfarenheter och utvecklar sina egna

och varandras arbetssätt. Det kan också ske genom kunskapsstöd i olika former. Kommissionen ska ta fram kriterier för hur resultatet av utvecklingsarbetet ska följas upp och genomföra sådana uppföljningar. I uppdraget kan också ligga att stödja och följa upp metoder för patienternas delaktighet och inflytande.

Uppdraget är närliggande till Socialstyrelsens uppdrag att förmedla kunskap till hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det krävs därför samarbete mellan Kommissionen och Socialstyrelsen för att inte dubbelarbete ska uppstå, och för att undvika att olika budskap kommuniceras på ett sätt som blir förvirrande för verksamheter och patienter. Särskilt gäller det kunskapsstöd för ökat brukarinflytande eftersom Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i delbetänkandet föreslås få ett särskilt uppdrag att ge stöd inom det området.

Vi anser dock att det inte är ett problem att det finns en särskild funktion med det avgränsade uppdraget att utifrån en särskild reglering stödja kvaliteten i sådan verksamhet som bedrivs utan samtycke vid sidan av Socialstyrelsens breda kunskapsstödjade uppdrag. Snarare kan Kommissionens ses som en resurs som kan underlätta förmedlingen av kunskap och regler som ligger inom Socialstyrelsens ansvarsområde. Kommissionens uppdrag i den här delen är också närliggande till det arbete som bedrivs av SKR enligt överenskommelse med staten inom området psykisk hälsa. Oavsett om sådana överenskommelser ingås framöver ska Kommissionen bedriva sitt arbete i samarbete med regioner och kommuner, och med hänsyn till sådana initiativ som huvudmännen själva tar för att utveckla, förbättra och skapa förutsättningar för en trygg och meningsfull psykiatrisk vård.

Vi anser att Kommissionen ska ha ett särskilt fokus på en individuell planering som innehåller patientens mål. Kommissionen kan exempelvis bidra med metodutveckling kring hur patienten kan involveras i planeringen och hur målen kan formuleras. Uppdraget behöver i denna del ske i samarbete med Socialstyrelsen som vi föreslår ska få ett uppdrag att stödja planeringsprocessen enligt samverkanslagen.

Kommissionens organisation

Vi föreslår att Kommissionen inrättas vid Socialstyrelsen och att dess roll och uppgifter som ett självständigt organ regleras i Socialstyrelsens instruktion. Socialstyrelsen har sedan tidigare erfarenhet av att inrätta särskilda organ såsom Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor. Att det är ett självständigt organ innebär att Kommissionen har egen beslutsrätt och själv planerar och följer upp sin verksamhet, samt självständigt beslutar om rapporter och om sin kommunikation. Den är dock administrativt knuten till Socialstyrelsen och medarbetarna är anställda på Socialstyrelsen. Som framgår ovan bör dock arbetet ske i samarbete med andra myndigheter och organ. Till Kommissionen knyts ett kansli med 7–10 anställda. I kansliet ska finnas kompetens i psykiatri och juridik, analys- och utredningskompetens, kommunikationskompetens samt kunskap som förvärvats genom patienterfarenheter från psykiatrin. Kansliet ska ha i uppdrag att förbereda Kommissionens verksamhetsbesök, delta på verksamhetsbesök, sammanställa data från besök, samarbeta med andra berörda myndigheter och patientorganisationer, genomföra workshops och intervjuer med patienter och anhöriga, samla in data om tvångsvård, föra dialog och svara på frågor från verksamhetsföreträdare, sammanställa rapporter till regeringen och kommunicera Kommissionens iakttagelser.

Rättslig reglering

Som framgår ovan föreslår vi att Kommissionens verksamhet ska regleras i Socialstyrelsens instruktion. Kommissionen är därför ett organ inom Socialstyrelsen och omfattas i alla delar av det regelverk som gäller för statliga myndigheter. Utredningen om tvångsåtgärder mot barn föreslog att det skulle regleras i 6 kap.15 § PSL att hälso- och sjukvårdspersonalen skulle ha uppgiftsskyldighet till den nämnd som den utredningen föreslog. Vi föreslår att denna lagstiftningsteknik används även för den tvångsvårdskommission som vi föreslår. Det innebär att Kommissionen, i syfte att fullgöra sin uppgift, kan ta del av uppgifter som förekommer i den psykiatriska vården och att de kan lämnas ut utan hänsyn till sekretess. Uppgifter som finns hos Kommissionen omfattas av sekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. Särskilda rätts-

liga frågor kan uppkomma när det gäller barn. I vilken mån Kommissionen kan föra samtal med barn utan vårdnadshavares samtycke blir en bedömning i enskilda fall utifrån barnets ålder och mognad. Vår bedömning är dock att barnkonventionens bestämmelse om barns rätt att komma till tals måste väga mycket tungt i sammanhanget. Barn som tvångsvårdas är i de flesta situationer tonåringar. I sådana fall bedömer vi att det är lämpligt och möjligt att tillfråga barnen om deras erfarenheter av vården. Patienter som har fyllt 15 år har också enligt 44 § LPT talerätt i mål och ärenden som rör barnet.

Kommissionens sammansättning

Kommissionen föreslås bestå av 14 ledamöter som förordnas av Socialstyrelsen som även utser en av dessa till ordförande. Av ledamöterna ska minst tre ha erfarenheter av att vara patient eller anhörig i psykiatrisk vård. Två ledamöter ska företräda regionerna, en kommunerna och två ledamöter professionerna inom den psykiatriska vården. En ledamot ska ha särskild etisk kompetens och två ska ha särskild juridisk kompetens. Med särskild juridisk kompetens kan avses kunskaper om tvångsvårdslagstiftningen, särskilda kunskaper om mänskliga rättigheter och barnrättskunskap. En ledamot ska bedriva forskning inom området. Även Socialstyrelsen och IVO har var sin representant i Kommissionen.

10 Konsekvenser

I det här kapitlet redovisas kostnadsberäkningar och andra konsekvenser av utredningens förslag. Enligt 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) ska en utredning redovisa vilka konsekvenser som utredningens förslag får för kostnader och intäkter för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda. När det gäller kostnadsökningar eller intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner ska utredningen föreslå en finansiering. Sammantaget ska en samhällsekonomisk konsekvensbeskrivning redovisas. Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen, ska detta också beskrivas.

10.1 Konsekvensbeskrivningar i delbetänkandet SOU 2021:93 Från delar till helhet

Bedömning: Konsekvensbeskrivningarna i detta kapitel ska läsas tillsammans med konsekvensbeskrivningarna i delbetänkandet Från delar till helhet (SOU 2021:19).

De förslag vi lämnar i det här betänkandet bygger vidare på förslagen i delbetänkandet. Konsekvenserna av vårt förslag om tvångsvård som vi redovisar i det här betänkandet är en del av den reform vi föreslår i SOU 2021:93 och ska därför läsas tillsammans med konsekvenserna som vi redogjort för i delbetänkandet.

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

Bedömning: Våra förslag får huvudsakligen positiva konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende eller samsjuklighet och deras anhöriga. Konsekvensbeskrivningen i denna del utgår dock ifrån att förtydligandet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar, regleringen i hälso- och sjukvårdslagen att behandling av skadligt bruk och beroende ska ske samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd, samt införandet av lag om samordnad vård- och stödverksamhet genomförs. Genomförs bara vissa av de uppräknade förslagen behöver en ny konsekvensbedömning göras inom ramen för den fortsatta beredningen.

Personer med skadligt bruk eller beroende

En utredning ska redovisa konsekvenser för de målgrupper som berörs av förslagen. I delbetänkandet och i det här betänkandet har vi redovisat att det finns stora brister i nuvarande system för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd. Vi bedömer att våra förslag huvudsakligen ger positiva konsekvenser för målgruppen under förutsättning att reformen innehåller en förtydligad ansvarsfördelning mellan huvudmännen, krav på att alla psykiatriska diagnoser ska behandlas samordnat och ett införande av den samordnade vård- och stödverksamheten. I annat fall behöver en ny konsekvensbedömning göras.

Vilka konsekvenser förslagen får avgörs även av omständigheter som ligger utanför utredningens påverkansmöjligheter. Till exempel kan resultaten påverkas av hur regering, regioner och kommuner i övrigt väljer att fördela resurser till området. Det samhällsekonomiska läget och de utmaningar som huvudmännen, exempelvis när det gäller kompetensförsörjningen, redan innan stod inför kan påverka hur målgruppen prioriteras framöver.

Kortare vårdtider än i dag

Vi gör bedömningen att personer som i dag vårdas enligt LVM i genomsnitt kommer få betydligt kortare vårdtider i tvångsvård när de vårdas enligt LPT. I dag är vårdtiden i genomsnitt 163 dagar (5,3 månader)¹ för personer som vårdas enligt LVM, varav en viss tid spenderas i öppnare form enligt 27 § LVM på till exempel ett HVB. Vi anser att den kortare vårdtiden, som reglering av tvångsvård av skadligt bruk eller beroende i LPT troligtvis innebär, är till godo för patientgruppen då det saknas stöd för att långa institutionstider bidrar till återhämtning på längre sikt.² Det är också en mycket ingripande åtgärd i enskildas fri- och rättigheter att vårda någon utan samtycke och vården får därför inte pågå längre än nödvändigt. Att vården så långt det är möjligt ges frivilligt kan också förbättra relationerna mellan patienten och vården på ett sätt som är gynnsamt för behandlingsresultatet.

I enskilda fall kan det dock finnas patienter som har behov av längre vårdtider i en låst miljö för att kunna uppnå en viss stabilitet och inte återfalla i ett skadligt bruk. De förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård som följer av våra förslag ger utrymme för längre vårdtider i situationer när det är nödvändigt för skydda den enskildes liv och hälsa.

LPT har inga fasta tidsgränser för vården, utan vården kan fortgå så länge förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda. Förändringen som vårt förslag innebär kan upplevas som mer ingripande för patienten, eftersom varken patienten eller den behandlande läkare vet hur lång den maximala vårdtiden kan bli vid vårdens början. Vi anser att systemet med tvåläkarprövning och möjligheterna till överklagande av intagningsbeslut med flera beslut, samt att beslut om förlängd tvångsvård ska prövas av förvaltningsrätten bidrar till ett rättssäkert system. Dessutom ser vi att ett nytt system som i högre grad utgår ifrån individens sjukdomsbild och behov av vård, är positivt för patienten. Som framgår ovan gör också förutsättningarnas utformning att vården endast i undantagsfall kommer att pågå lika länge som den gör enligt LVM och ytterst sällan längre än så.

¹ Socialstyrelsen 2022, Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2021.

² Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08 och Ahlborn, Sven-Eric; Berglund, Kristina; Boson, Karin; Gerdner, Arne (2022). Välja väg – Utredning, stöd och behandling vid alkohol- och narkotikaberoende.

Att använda LVM-utredningen i motiverande syfte

Om en LVM-utredning har påbörjats, ska socialnämnden se till att behovet av insatser utreds på ett sådant sätt att utredningen kan ligga till grund för ett korrekt beslut. I dag förekommer det att socialtjänsten beslutar om stödinsatser enligt socialtjänstlagen samtidigt som en LVM-utredning pågår. Medarbetare i socialtjänsten som vi talat med berättar att detta är ett vanligt arbetssätt som kan ge förutsättningar att förmå den enskilde att ta emot frivilliga insatser när denne vet att det finns en pågående LVM-utredning. Vi konstaterar att det inte är lagstiftarens avsikt att en LVM-utredning ska användas på det sättet. Ur patientens perspektiv kan det också framstå som besvärande att en utredning pågår under längre tid och att det föreligger ett underliggande hot om att tvångsvård kan bli aktuellt.

Socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver även fortsatt nära samverka kring patienter i liknande situationer och det finns sekretessbrytande bestämmelser i 25 kap. 12 § och 26 kap. 9 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, som i vissa fall kan tillämpas.

Incitament för kommunerna

En risk med våra förslag kan vara att kommunens incitament att ge frivilliga öppna insatser minskar när det inte ger någon vinst i form av minskade kostnader för LVM-placeringar (LVM-kostnaden är relativt sett hög jämfört med andra insatser). Det kan innebära att personer som är svårt sjuka men inte når upp till kraven för tvångsvård riskerar att prioriteras bort. Detta kompenseras emellertid av att socialtjänstens ansvar för målgruppen gällande till exempel boende och sysselsättning tydliggörs genom våra förslag i avsnitt 9.3.2 i delbetänkandet. I det här betänkandet föreslår vi också att socialtjänsten även fortsatt aktivt ska arbeta för att den som tvångsvårdas får stöd på viktiga livsområden för att kunna leva ett självständigt liv.

Ökad möjlighet att ge nödvändig heldygnsvård

Vi bedömer att hur förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT är utformade, med våra ändringar som framgår av kapitel 7, ökar möjligheterna att ge vård vid livshotande situationer. Det är i huvudsak en positiv konsekvens för målgruppen eftersom det bedöms rädda liv. Men det kan även leda till att fler tvångsvårdas än i dag, vilket ur den enskildes perspektiv kan framstå som en negativ konsekvens.

En risk är till exempel att personer avstår från att söka vård utifrån risken att vårdas med tvång. Förutsättningar för tvångsvård är emellertid snävt utformade. En överdos eller ett olycksfall är aldrig i sig grund för tvångsvård, utan det måste vara ett antal sammanvägda objektiva faktorer kopplat till patientens hälsotillstånd som utgör en påtaglig risk för liv och hälsa. Det ska också finnas ett oundgängligt behov av vård på en inrättning för psykiatrisk dygnetruntvård. Som vi konstaterat ovan föreligger ett sådant behov sällan under lång tid.

Våra förslag i kap. 6, kap. 8 och kap. 9 avser att förbättra tvångsvårdens innehåll. Dels syftar förslagen till att öka tillgången till adekvat behandling för alla psykiatriska tillstånd, dels till att stärka patientens delaktighet i sin planering och ställa krav på att sådan heldygnsvård där det bedrivs tvångsvård är i ständig utveckling för att göra vården så trygg och meningsfull som möjligt. Det bör också påpekas att de förslag vi lagt i delbetänkande bedöms öka tillgången till frivilliga psykiatriska insatser och samordnade vård- och stödinsatser.

Behov av att fortsätta utveckla samordnad planering

Samsjuklighetsutredningen tillsattes eftersom personer med samsjuklighet inte får samordnade vård- och stödinsatser i det nuvarande systemet. De förslag som vi lämnat i våra båda betänkanden bedöms förbättra situationen, samtidigt som vi menar att det kvarstår risker för att personer med omfattande behov och som behöver insatser från flera huvudmän blir utan insatser. Av rapporter från bland annat Myndigheten för vård- och omsorgsanalys³ och i våra samtal med patienter, anhöriga och vårdpersonal framkommer att det ofta uppstår glapp i vårdkedjan mellan slutna och öppna vård. Det kan ibland

³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016, Samordnad vård- och omsorg, En analys av samordning i ett fragmentiserat vård- och omsorgssystem.

leda till att en person blir kvar i tvångsvården eftersom det saknas adekvata vård- och stödinsatser i öppen vård. Våra förslag ökar kraven på samordning vid utskrivning eftersom vårdtiderna kommer vara kortare och om det inte fungerar kan risker uppstå för den enskilde. Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, förkortad samverkanslagen, är en viktig nyckel för att glappet mellan slutna vård och insatser i öppna former ska kunna undvikas. Vi föreslår därför flera åtgärder i kapitel 8 för att förbättra lagens tillämpning i den psykiatriska tvångsvården. Dels föreslår vi en förändring som syftar till att ge planeringen mera tid, dels föreslår vi att Socialstyrelsen ska stödja regionerna och kommunerna med tillämpningen av lagen. Vi föreslår också i avsnitt 7.3.4 förtydliganden som syftar till att förbättra samarbetet inför utskrivning av patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Vi menar vidare att Kommissionen för en rättssäker, trygg och meningsfull tvångsvård som vi i avsnitt 9.2 föreslår ska inrättas vid Socialstyrelsen, ska en samordnad planering utifrån patientens mål och behov som ett område som de ska bevaka. Vårt förslag om en samordnad vård- och stödverksamhet menar vi är av avgörande betydelse för att säkerställa att den grupp som har stort behov får de insatser som de har behov av. Vi föreslår därför i avsnitt 8.3.3 att det alltid ska prövas om personer som tvångsvårdas kan tillhöra målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten, vilket medför positiva effekter för personer med omfattande behov av insatser.

Samordningsproblem och svårigheter att ge ett samlat stöd till personer med stora behov på flera livsområden är dock en utmaning inom all vård och omsorg. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har konstaterat att sådana svårigheter finns i hela västvärlden men att de förefaller särskilt stora i Sverige⁴. Vi bedömer därför att våra förslag inte fullt kan lösa de komplexa utmaningar som finns när det gäller att tillgodose behoven av samordning för personer med stora behov av insatser. Därför är det nödvändigt att regioner och kommuner fortsätter att arbeta för att motverka gränser, stuprör och samordningsproblem. I kapitel 12 påtalar vi vikten av att det att regioner och kommuner har en gemensam ledningsstruktur för reformens genomförande.

⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016, Samordnad vård- och omsorg, En analys av samordning i ett fragmentiserat vård- och omsorgssystem.

Våra förslag innebär också att risk för bristande samordning kan uppkomma kring nya gränsdragningar som följer av ett förändrat ansvar, särskilt när det gäller ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser när socialtjänsten gör placeringar utanför hemmet. De förslag vi lämnat i avsnitt 9.4 i delbetänkandet anser vi tydliggör ansvarsfördelningen, men synpunkter från remissinstanserna tyder på att regelverket även fortsatt kan leda till meningsskiljaktigheter mellan huvudmännen. Vi gör därför i avsnitt 6.5.2 i det här betänkandet bedömningen att när det gäller HVB-placeringar, som verkar vålla särskilda svårigheter, bör regioner och kommuner bedriva sådana verksamheter tillsammans eller göra gemensamma upphandlingar.

Det finns samordningsproblem när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser till barn som placerats på särskilda ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse. I avsnitt 6.7 bedömer vi att det behövs förtydliganden i lag för att förbättringar på det området ska kunna uppnås.

Ökad, delaktighet, kontroll och inflytande

Vi lämnar flera förslag som syftar till att stärka patientens ställning. Det gäller tydliggörandet av vårdplaneringens innehåll, kravet på att patientens mål om det är möjligt ska framgå av vårdplaneringen i kapitel 8, och kravet på att verksamheter som bedriver heldygnsvård ska vara i ständig utveckling för att göra vården så trygg och säker som möjligt och inrättandet av en tvångsvårdskommission i kapitel 9. Konsekvenserna av dessa förslag avgörs av att de faktiskt genomförs inte bara i lagstiftningen utan också i praktiken.

Flera av våra förslag bidrar till ökat patient- och brukarinflytande på strukturnivå. Det gäller förslaget i kapitel 13 i delbetänkandet att Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ska bedriva ett gemensamt program för ökat brukarinflytande och minskad stigmatisering, samt förslagen i det här betänkandet att patienterna ska involveras i ett förbättringsarbete för en trygg och meningsfull tvångsvård och vara representerade i tvångsvårdskommissionen vars arbete ska utgå från ett patientperspektiv.

Tillgången till evidensbaserad behandling ökar

En positiv effekt av våra förslag bedömer vi är att tillgången till evidensbaserad behandling för personer med skadligt bruk eller beroende kommer att öka för målgruppen. Vi har i delbetänkandet konstaterat att med ett samlat ansvar för behandling hos regionernas hälso- och sjukvård ökar sannolikt också utbudet av behandlingsmetoder. Bland annat genom att regionerna samlat kan erbjuda psykologisk, psykosocial och farmakologisk behandling. Det är särskilt viktigt med tanke på den höga andel personer med samsjuklighet i andra psykiatriska eller somatiska tillstånd som finns hos personer med skadligt bruk eller beroende. Samtidigt behöver också psykiatrins behandlingsutbud utvecklas. I vissa regioner saknas till exempel ett utbud av sådana psykosociala behandlingsmetoder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Därför behöver i regionerna i samråd med kommunerna utveckla sitt behandlingsinnehåll under den femåriga genomförandeperioden för reformen som vi beskriver i kapitlet genomförande och ikraftträdande.

Vårt förslag i avsnitt 6.8 att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar för personer som omhändertagits enligt LOB ökar tillgången till hälso- och sjukvård för de omhändertagna personerna. I dag sker tillnyktringen i de flesta fall i arrest där tillgången till hälso- och sjukvård är begränsad.

Möjligheten att behandla samsjukligheten ökar

Bland personer som vårdas enligt LVM är samsjuklighet vanligt vilket vi beskrivit bland annat i kapitel 6. SiS har inte uppdraget att bedriva hälso- och sjukvård och vi ser inte heller att de skulle ha förutsättningar för att bedriva den psykiatriska specialistvård som krävs för att möta behoven. Våra förslag bedöms få positiva effekter för personer med samsjuklighet som i dag vårdas enligt LVM. Bland patienter i den psykiatriska slutenvården är skadligt bruk eller beroende vanligt. Vården där sker dock ofta endast under kort tid med fokus enbart på andra psykiatriska tillstånd än skadligt bruk eller beroende. Våra förslag om förändrad tvångsvårdslagstiftning ökar förutsättningarna för att personer med samsjuklighet ska få sina behov tillgodosedda eftersom vården av deras skadliga bruk och beroende kan pågå något längre tid än i dag. Även förslaget i av-

snitt 9.2.2 i delbetänkandet, att det ska framgå av lagstiftningen att vård av skadligt bruk och beroende ska ske samordnat med andra psykiatriska tillstånd, bedöms få den konsekvensen.

Risk för avvikningar

Vi bedömer att det kan finnas högre risk för avvikningar för personer med skadligt bruk eller beroende än för andra patienter i den psykiatriska slutenvården. Enligt uppgifter i rapporten SiS i Korthet 2021 är antalet avvikningar 181 under 2021. Avvikningar sker även från SiS institutioner med högre säkerhet. Även så kallade vårdavbrott är vanligt. Med vårdavbrott avses när klienten avviker från sjukhus eller § 27-placering. År 2020 var antalet vårdavbrott från sjukhus 129 och 347 från vård enligt § 27. Vår bedömning är att den psykiatriska slutenvården kommer kunna hantera risken för avvikningar vilket vi utvecklat i avsnitt 6.3. Redan nu inleds LVM-vård på sjukhus och en relativt stor andel av LPT-patienterna vårdas redan i dag på grund av tillstånd orsakade av skadligt bruk eller beroende. Ser man till psykiatrin som helhet är det många patienter som har en substansrelaterad diagnos och samsjuklighet är vanligt. Att regionen ansvarar för hela vårdkedjan kan leda till färre vårdavbrott särskilt i inledningsskedet av vården. I dag har hälso- och sjukvården en kvarhållningsskyldighet för personer som inleder vården på sjukhus enligt LVM, men inga möjligheter till att vidta andra tvångsåtgärder. Företrädare för psykiatrin anser att denna bestämmelse är svårtillämpbar i praktiken, eftersom den begränsade möjligheten att vidta tvångsåtgärder gör att man är hänvisad till gängse bestämmelser om nöd och nödvärn. Genom vårt förslag att tvångsvården ska ske enligt LPT ansvarar psykiatrin för hela vårdkedjan och kan anpassa säkerhetsåtgärder, samt använda tvångsåtgärder om förutsättningarna för det är uppfyllda.

Tvångsåtgärder

Våra förslag innebär att personer som i dag vårdas enligt LVM kan, inom ramen för tvångsvård enligt LPT, bli föremål för tvångsåtgärder som regleras i den lagen. I viss mån skiljer sig dessa mot de tvångsåtgärder som regleras i LVM. En patient som vårdas enligt LPT får till exempel om det finns en omedelbar fara för att en patient

allvarligt skadar sig själv eller någon annan kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning och patienter kan ges mediciner som denne inte samtyckt till. Ur ett etiskt perspektiv kan man resonera kring om detta innebär negativa konsekvenser för den enskilde. Värt att ha med sig i detta sammanhang är dock att en relativt stor andel av patienterna som vårdas enligt LVM i dag, även fått vård enligt LPT. Vi ser också att konsekvenserna av att inte häva en akut farlig situation kan leda till ännu värre konsekvenser för patienten och andra. Psykiatrin har under lång tid arbetat med att minska tvångsåtgärder i psykiatrin, dock med relativt svaga resultat. Därför lämnar vi förslag i avsnitt 9.1 som syftar till att detta arbete ska utvecklas och förstärkas. Det ständiga utvecklingsarbete för en trygg och meningsfull psykiatrisk slutenvård som vi menar alltid ska bedrivas, är till stor del inriktad på att minska antalet situationer i psykiatrin som leder till att tvångsåtgärder behöver användas. Arbetet kan bland annat bedrivas med evidensbaserade metoder såsom Safewards, som syftar till ett aktivt arbete för att minska tvångsåtgärder.

Det har under utredningsarbetet framförts till utredningen att tvångsåtgärder för personer med allvarlig psykisk störning vidtas i andra syften än vad man föreställer sig är fallet med personer med skadligt bruk eller beroende. En farhåga har varit att tvångsvården blir mer repressiv om syftet med tvångsåtgärden främst är att hålla kvar patienten i stället för att kunna ge den adekvat behandling. Vi menar dock att skillnaden är begränsad. Tvångsåtgärder får aldrig vidtas i något annat syfte än det som anges i lagen oavsett patientgrupp. Personer med skadligt bruk eller beroende kan avskiljas när förutsättningarna för det är uppfyllda, men det får inte ske enbart för att personen vill lämna vårdinrättningen utan det krävs att han eller hon försvårar vården av andra patienter. Så kan vara fallet om patienten är agiterad, orolig, högljudd och gör direkta försök att komma ut från avdelningen.

Det har även framförts i en inlägga från SiS till utredningen att den psykiatriska tvångsvården saknar vissa befogenheter som SiS har tillgång till. Det gäller särskilt så kallad vård i enskildhet där en patient under en tid vårdas ensam utan kontakt med andra patienter. Vid våra besök vid institutionerna har vi fått intrycket av att vård i enskildhet ofta ges till personer med allvarliga psykiatriska tillstånd eller funktionsnedsättningar. JO har vid flera tillfällen påtalat att det finns brister

i hur SiS tillämpar vård i enskildhet.⁵ Vi anser att det mest angelägna i sådana situationer när vård i enskildhet används är att personen får adekvat psykiatrisk behandling och vård av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens. Det handlar också om personer med behov av en sådan sammanhållen och individuellt anpassad planering som våra förslag syftar till att förstärka.

Psykosociala stödinsatser ges främst i öppen vård

De insatser som kan ges under LVM och som syftar till att stärka individens förmåga att klara sin vardag kommer med våra förslag i lägre utsträckning ges under heldygnsomhändertagande utan samtycke. Tiden i heldygnsvård kommer i hög grad fokuseras på adekvat behandling för skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd. De psykosociala insatserna ska i det system vi föreslår, i större utsträckning ges i patientens närmiljö och som öppna insatser med samtycke, även om insatserna många gånger kan komma att inledas under tiden för heldygnsomhändertagandet. Våra förslag i delbetänkandet om en samordnad vård- och stödverksamhet (kapitel 11) och ett förtydligat uppdrag till socialtjänsten syftar till att säkerställa tillgången till sådana insatser (9.3.2). I avsnitt 6.4 i det här betänkandet lämnar vi också förslag om krav på socialtjänsten att aktivt arbeta för att personer som tvångsvårdats får sociala stödinsatser som till exempel boende, utbildning och arbete i syfte att kunna leva ett självständigt liv.

Öppen psykiatrisk tvångsvård

I avsnitt 7.3 föreslår vi vissa förändringar när det gäller öppen psykiatrisk tvångsvård. Förslagen syftar till att förbättra förutsättningarna att tillämpa reglerna om öppen psykiatrisk tvångsvård för patienter som behöver iaktta särskilda villkor. Utifrån dialoger med företrädare för psykiatrin drar vi slutsatsen att vårdformen inte alltid används i dag eftersom den anses svårtillämpad. Det kan innebära att patienter med en allvarlig psykisk störning blir kvar längre i slutenvård eller skrivs ut utan att det finns förutsättningar för adekvat vård

⁵ JO 2022, Initiativ om hur Statens institutionsstyrelse använder de särskilda befogenheterna avskiljande och vård i enskildhet.

och stöd i öppna former. Våra förslag kan förändra det förhållandet vilket är en positiv effekt för patienterna.

Förslaget att chefsöverläkaren själv kan fatta beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård under de första fyra veckorna utan att frågan prövas av domstol kan uppfattas som att rättssäkerheten försämras. I avsnitt 7.3 argumenterar vi dock för att det är fråga om en övergång från en mer ingripande åtgärd i den enskildes rättssfär till en mindre. På det sättet är det snarare positivt för den enskilde att reglerna utformas så att det blir enklare att använda sig av den öppna vårdformen. Förutsättningarna för fortsatt tvångsvård ska också prövas senast fyra veckor efter intagningen i den slutna vården.

Även förslaget att chefsöverläkaren själv kan besluta om att återintaga en patient i slutna vård utan ansökan hos domstol kan uppfattas som en försvagning av rättssäkerheten. Vi har emellertid vägt detta mot vikten av att den öppna vårdformen är utformad på ett sätt som leder till att den inte tillämpas i praktiken. Våra förslag och förutsättningarna för tvångsvård vid skadligt bruk eller beroende minskar vårdtiden i slutna vård och det måste därför vara möjligt att ställa krav på att patienten iakttar vissa villkor när vården sker i öppna former. Sammantaget överväger därför de vinster som en förändring kan ge när det gäller patienternas hälsa och livssituation försvagningen av rättssäkerheten. Den får också anses liten till sin omfattning bland annat eftersom kravet på att återintagningen ska underställas domstolsprövning inom fyra dagar fortsatt gäller, utom när återintagningen sker inom ramen för den inledande fyraveckorsperioden. Den enskilde har också, liksom i dag, möjlighet att överklaga såväl ett beslut om återintagning som av chefsöverläkaren beslutade villkor.

Möjligheten till överlämnande till vård enligt BrB tas bort

Vi föreslår att till följd förslaget att LVM ska upphävas att även 31 kap. 2 § BrB upphävs. Enligt de undersökningar vi har gjort är det sällsynt att bestämmelsen används. Men för ett fåtal personer kan upphävandet att bestämmelsen få negativa konsekvenser. Vår bedömning är att nuvarande bestämmelser kring åtalsunderlåtelse, kontraktsvård och vårdvistelse ger förutsättningar för att personer som begår brott ska få vård för skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd. Samtidigt kommer det krävas ett omfattande samarbete mel-

lan olika aktörer som är svårt redan med dagens system. Vi har också under utredningens gång fått signaler om tillgången till behandling för personer som döms för brott behöver utvecklas. Vi bedömer därför i avsnitt 6.9.1. att regeringen bör tillsätta en särskild utredning för att lämna förslag inom det området.

Vårdavgifter

Regioner får ta ut en avgift per vård dag patienten är inskriven i slutenvård på som mest 110 kronor per vård dag.⁶ Möjligheten för regionen att ta ut en avgift per vård dag gäller även patienter som vårdas enligt LPT. Ett antal regioner har avskaffat patientavgiften för LPT men i flera regioner betalar patienterna avgift även för tvångsvård. Även enligt LVM får en avgift av den enskilde tas ut. Avgiften rör upphålle och får uppgå till högst 80 kronor per dag. Socialnämnden får helt eller delvis efterge sådan ersättningsskyldighet. Vi har inte kunnat få fram uppgifter på hur vanligt det är att sådan avgift tas ut. Eftersom avgift får tas ut enligt båda lagstiftningarna innebär de förslag vi lämnar om att regionen ska ansvara för behandling utan samtycke vid skadligt bruk och beroende inte några konsekvenser för målgruppen. Det finns dock etiska problem med att avgifter tas ut för vård som den enskilde motsätter sig. Vi lämnar inte några förslag om att avskaffa patientavgiften men konstaterar att det finns starka skäl som talar för det. I avsnitt 10.2.2 beräknar vi vad ett sådant förslag skulle kosta.

En trygg, meningsfull och rättssäker vård

Förslagen i kapitel 9 om att det ska pågå ett ständigt utvecklingsarbete för en trygg och meningsfull heldygnsvård och om införandet av en tvångsvårdskommission bedömer vi får positiva effekter för patienterna. Det syftar till att bidra till ett bättre innehåll i vården och bemötande, som kan bidra till patienternas återhämtning. Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård bedömer vi kan bidra till en säkrare och mer trygg och meningsfull vård och säkerställa uppföljning av tvångsvården på nationell nivå.

⁶ Enligt HSL får avgiften för slutenvård för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Förändringen i sig innebär risker

Den reform vi föreslår kräver ett arbete under flera år och om det inte genomförs med tillräckligt hög ambitionsnivå nationellt, regional och lokalt uppstår risker för patienterna. Ett förändrat huvudmannaskap skapar nya gränser och förutsätter att resurser och kompetens fördelas utifrån det nya ansvaret. Erfarenheter från de stora huvudmannaskapsförändringarna på 1990-talet visar att detta är komplexa processer som tar lång tid. Vårt förslag i kapitel 12 samt konsekvensbeskrivningarna i det här kapitlet syftar till att ge berörda aktörer underlag och förutsättningar att genomföra förändringen. Som framgår inledningsvis kan också det ekonomiska läget och andra omvärldsfaktorer påverka förutsättningarna för ett genomförande.

Anhöriga

Som regel kommer vårdinsatser att ges i patientens närmiljö med våra förslag. Det medför att det finns bättre möjligheter att aktivt arbeta med personens nätverk och att anhöriga kan ses som en resurs i tillfrisknandet. Även i situationer där det finns relationer som kan vara problematiska för patientens återhämtning, behöver hälso- och sjukvården och socialtjänsten förhålla sig till patientens nätverk som är en central del av det sammanhang som personer lever i.

En risk med det förändrade tvångsvårdssystemet att regionen blir ansvarig för vård utan samtycke för personer med skadligt bruk och beroende är att anhöriga får ta större ansvar, när vårdtiderna kortas och färre kommer vistas i heldygnsomhändertagande på HVB. I avsnitt 9.3.3 i delbetänkandet föreslog vi att socialtjänstens ansvar för anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende ska tydliggöras genom att de särskilt framhålls i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen. Vi bedömde även att hälso- och sjukvården har en viktig roll i att ge stöd till anhöriga men att deras ansvar för anhörigstöd behöver utredas vidare för alla målgrupper. Om förslagen om anhörigstöd i socialtjänstlagen genomförs, kommer det ge positiva effekter för anhöriga som i högre grad kan erbjudas stöd oavsett om deras närstående med ett skadligt bruk och beroende vill och får stöd och behandling. Kommuner kan behöva se över och utveckla metoder för att erbjuda anhöriga ett adekvat stöd.

De anhöriga som vi pratat med lyfter ofta det som ett stort problem att få ett stort ansvar för att själva hålla ihop insatserna från olika aktörer. En sammanhållen vårdkedja med tydligt ansvar för planering och samverkan, kan leda till att anhöriga i lägre utsträckning själva behöver hålla ihop och planera vården. Omvänt kan fortsatta brister och svårigheter som uppstår på grund av nya gränsdragningar få negativa konsekvenser för närstående.

Den samordnade vård- och stödverksamheten kommer ha positiva effekter för anhöriga. Detta sker dels genom att deltagaren får mer sammanhållna insatser under längre tid, dels genom att deltagarna får en vård- och stödsamordnare vars ansvar är att kartlägga behov, planera och hålla ihop insatserna. I dag får många anhöriga själva ha en sådan roll. Dessutom har vi särskilt understrukit att anhöriga ska ses som en resurs och vara delaktiga när en person får insatser från den samordnade vård- och stödverksamheten.

I LVM pekas risken att skada en närstående särskilt ut som en av indikationerna för tvångsvård medan det i LPT är risken för att skada annan som ska beaktas i vårdbehovsbedömningen. Utifrån vårt förslag finns en risk att närståendeskyddet försvagas. Ett sätt att minska risken är att det tydligt framgår av förarbeten och lagkommentar att skyddet för närstående är särskilt viktigt att beakta även när det gäller risken att skada annan. Vår genomgång av 100 slumpvis utvalda förvaltningsrättsavgörande 2021 visar att specialindikationen om närståendeskydd i LVM som regel inte används självständigt utan i kombination med hälsoindikationen. Vi ser därför att riskerna för ett mindre uttalat närståendeskydd är begränsat om lagstiftaren är tydlig med att det är en viktig aspekt att beakta vid bedömningen om förutsättningarna för LPT är uppfyllda. Vi har utvecklat det resonemanget i avsnitt 7.2.3.

Barn och unga

Barn som blir föremål för tvångsvård

Vårt förslag innebär att antalet barn och vårddygn för barn som vårdas enligt LPT kan öka eftersom allvarligt skadligt bruk eller beroende omfattas. Vi bedömer dock att skillnaden är liten. Det gäller till exempel barn som också har en annan psykiatrisk diagnos och som i dag vårdas enligt LPT men där vårdtiden kan bli längre än i dag. För

dessas barn kommer konsekvensen huvudsakligen att bli positiv eftersom det skadliga bruket eller beroendet kan behandlas samordnat med andra psykiatriska tillstånd. Samtidigt kan ett frihetsberövande alltid få negativa konsekvenser. Som framgår av avsnitt 7.2.3 måste oundgängligheten av vård på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård bedömas utifrån hela barnets livssituation. Det gäller exempelvis vilken roll familjen kan spela i barnets vård och hur behovet av skolgång kan tillgodoses. Det är viktigt att regionerna säkerställer att längre vistelser enligt LPT inte ska leda till att tillgängligheten till skolgång minskar. Enligt 24 kap. skollagen ska särskild undervisning anordnas för barn som vårdas på sjukhus eller en institution som är knuten till ett sjukhus. Risken för minskad tillgänglighet till skolgång kan eventuellt vara större för de barn och unga som kommer vårdas i hälso- och sjukvården än för unga som vårdas enligt LVU, då SiS redan har mer utvecklade former för skolundervisning på institutionerna. Det behöver också beaktas vilken miljö som kan erbjudas barnet. I dag finns inget uttryckligt förbud mot att vårda barn med vuxna i den psykiatriska vården även om det är ovanligt att det sker. Utredningen (SOU 2021:02) om vissa tvångsvårdsfrågor har dock lämnat förslaget att barn som regel inte ska vårdas tillsammans med vuxna. Många regioner har väldigt få slutenvårdsplatser och vissa köper platser av andra regioner. Det kan innebära att barnet hamnar långt ifrån hemorten vilket får anses negativt om det inte beror på särskilda behov hos barnet.

Ovan har vi behandlat vilka tvångsåtgärder som kan vara aktuella i den psykiatriska tvångsvården. Fastspänning är en mycket ingripande åtgärd som inte kan vidtas för barn och unga som vårdas på SiS särskilda ungdomshem Sedan 2020 finns dock särskilda bestämmelser i LPT som gäller barn. Bland annat är tiden som åtgärden får vidtas kortare än för vuxna och rapporteringsplikten till IVO skarpare. Tvångsåtgärder när det gäller barn får också bara vidtas om det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga. Vi bedömer att rättighetsskyddet för barn som tvångsvårdas enligt LPT förstärkts avsevärt genom lagändringarna 2020.

Sammantaget bedömer vi att vårt förslag om förändrade förutsättningar för tvångsvård främst är positiva för barn eftersom tillgången till samordnad behandling ökar. Att bli föremål för tvångsvård är ingripande i den enskildes rättsfär och har stora konsekvenser för enskilda barn. Våra förslag innebär dock inte att detta kommer

ske i väsentligt större utsträckning än i dag, utan att det främst handlar om barn som redan i dag vårdas enligt LVU eller LPT.

Barn som anhöriga

Förtydligandet av socialtjänstens stöd till anhöriga som vi föreslår i delbetänkandet gäller även barn. Även den föreslagna vård- och stödverksamheten ska arbeta med deltagarnas nätverk när det är lämpligt. Det kan också vara till nytta för barnen att föräldern har en utpekad vård- och stödsamordnare som kan stötta familjen under den period som behövs. Flera av våra förslag syftar till att skapa en mer sammanhållen vårdkedja. En sammanhållen vårdkedja med adekvata behandlings- och stödinsatser kan leda till bättre återhämtning hos patienterna, vilket även innebär positiva effekter för anhöriga och kanske särskilt för barn som anhöriga.

10.3 Konsekvenser för patienter som vårdas enligt LPT i dag

Bedömning: Förslagen som syftar till att förbättra förutsättningarna för personer som vårdas enligt LPT ska gälla alla patienter och leder därför till positiva effekter för patienter som redan i nuläget är patientgrupper inom LPT.

En ny patientgrupp kan dock medföra undanträngningseffekter ifall inte andelen vårdplatser i slutenvård och öppenvård ökar i motsvarande grad.

Våra förslag som syftar till att stärka vårdkedjan och bidra till en trygg och meningsfull vård, gäller alla som vårdas enligt LPT. Dessa förslag innebär positiva effekter för patienterna. Förslagen kan bland annat leda till en bättre planering med större delaktighet för patienten och en mer fungerande utskrivningsprocess där adekvata insatser för eftervården redan finns på plats när patienten skrivs ut. Att reglera att regionen ständigt ska bedriva ett utvecklingsarbete för en trygg och meningsfull psykiatrisk slutenvård, syftar bland annat till att öka patientens delaktighet och minska tvångsåtgärder. Detta har betydelse för alla personer som tvångsvårdas enligt LPT.

De förslag vi lämnar här och i delbetänkandet ökar också förutsättningarna för att en patient med en allvarlig psykisk störning ska få ett eventuellt behandlingsbehov på grund av skadligt bruk eller beroende tillgodosett.

I och med att vi föreslår att ett allvarligt skadligt bruk eller beroende kan leda till tvångsvård enligt LPT, kommer antalet personer och vårddygn i LPT att öka. Regionerna kommer därför i motsvarande grad behöva öka antalet vårdplatser för att undvika undanträngningseffekter för de patienter som vårdas enligt LPT i dag. Under avsnitt 10.11 om kostnader och konsekvenser för regionerna går vi igenom hur mycket målgruppen och antalet vårddygn bedöms att öka.

Det finns risk att vårdmiljön för personer som i dag vårdas i psykiatrin, påverkas negativt av att en ny målgrupp kan få tvångsvård enligt LPT. Införsel av droger och alkohol samt risken för avvikningar kan öka. Som vi beskrivit ovan är det dock redan i nuläget en relativt stor andel av patienterna i den slutna psykiatrin och tvångsvården som vårdas p.g.a. ett tillstånd som är kopplat till ett skadligt bruk eller beroende. Till stor del rör det sig alltså om en målgrupp som psykiatrin redan i dag har stor vana av att arbeta med, varför risken för en försämrad vårdmiljö för andra patienter bedöms som begränsad.

För att förslagen inte ska få negativa konsekvenser för den allmänna vårdmiljön krävs att regionerna har bra metoder för att bedöma säkerhetsrisker för enskilda patienter och vid behov anpassa säkerheten så att det i så liten grad som möjligt påverkar andra patienter. Det gäller både patienter med allvarlig psykisk störning och patienter med allvarligt skadligt bruk eller beroende. I SOU 2022:40 föreslås att patienter som vårdas enligt LPT inte ska få placeras på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård. Om det finns en omedelbar fara för att en patient som vårdas enligt LPT allvarligt skadar någon, får patienten dock, efter chefsöverläkarens beslut, kortvarigt placeras på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård. Om förslaget genomförs kommer även det ställa krav på regionernas säkerhetsanpassningar. En möjlig väg är att regionerna gemensamt inrättar psykiatriska avdelningar med högre säkerhetsklassningar, för det mindre antal patienter som detta är aktuellt för. Att hälso- och sjukvården med våra förslag får ansvar för hela vårdkedjan för personer med skadligt bruk eller beroende kan innebära att adekvata behandlingsinsatser kan sättas in tidigare

och att tvångsåtgärder vid behov kan användas även för den målgrupp som i nuvarande system endast tillfälligt får sjukhusvård innan personen ska flyttas till en LVM-institution. Det kan bidra till att vårdmiljön blir lugnare och säkrare även för andra patienter.

10.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Förslaget om att regionerna, i stället för Statens institutionsstyrelse (SiS), ska bedriva tvångsvård för personer med skadligt bruk eller beroende innebär en utvidgning av den kommunala kompetensen eftersom det innebär att ett åtagande överförs från stat till region. Det innebär att förslaget har konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Konsekvenserna bedöms dock vara proportionerliga i förhållande till sitt syfte.

Flera förslag som innebär förtydligande av ansvar bedömer vi inte innebär ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Det gäller till exempel förslagen om regionens ansvar för omhändertagna personer enligt LOB, regioners ansvar för personer som vårdas utanför det egna hemmet och kommuners ansvar att aktivt arbeta för boende och sysselsättning för personer som skrivs ut från LPT.

Förslaget om en trygg och meningsfull heldygnsvård påverkar den kommunala självstyrelsen i mindre grad men bedöms leda till positiva konsekvenser för både verksamhet, personal och patienter, vilket motiverar ingreppet i självstyrelsen.

Ytterligare några förslag som rör ökade krav på samverkan och vårdplanering påverkar endast i liten utsträckning den kommunala självstyrelsen för regioner och kommuner.

Utvidgningen av den kommunala kompetensen är proportionerlig

Vårt förslag om att regionerna får ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende även utan samtycke, innebär en utvidgning av den kommunala kompetensen genom att ett statligt ansvar flyttas till regionerna. Förslaget följer till stor del av de förslag vi lämnat i delbetänkandet om regionens ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende. Det förslaget är konsekvensbedömt i delbetänkandet. Vi anser att utvidgningen av den kommunala kompetensen är pro-

portionerlig med hänsyn till ändamålet. Utgångspunkten för den bedömningen är att vi i utredningen har kunnat visa att nuvarande system inte bidrar till en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. Vi har även konstaterat att klienter med samsjuklighet inte får vård för andra psykiatriska tillstånd under tiden för LVM-vården. Genom att allvarligt skadligt bruk eller beroende omfattas av regleringen i LPT, ökar förutsättningarna för att patienterna får vård för psykiatriska tillstånd samordnat och att vårdkedjan kan hållas ihop. Det nya åtagandet som utvidgningen innebär ska kompenseras i enlighet med finansieringsprincipen vilket vi återkommer till nedan. I avsnitt 10.11 visar vi på hur vi bedömt målgruppens storlek och vårdtider och för vilka kostnader regionens ska ersättas för.

Förtydligande av ansvar är inte ingrepp i den kommunala självstyrelsen

Förslagen som innebär ett förtydligande av regionernas och kommunernas nuvarande ansvar skulle kunna ses som en ambitionshöjning, vilket i så fall är ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Det rör bestämmelserna om att regionerna ska ansvara för hälso- och sjukvård för personer som är placerade utanför hemmet, regionernas ansvar för personer som omhändertas enligt lagen om berusade personer och kommunernas ansvar att aktivt arbeta för boende och sysselsättning för personer som skrivs ut från psykiatrisk tvångsvård. Vår bedömning är dock att det i samtliga dessa fall är fråga om ett ansvar som redan i dag följer av lagstiftningen.

Regionen har ett ansvar för att erbjuda god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i regionen. En region ska erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård samt omedelbar hälso- och sjukvård. För öppen vård ansvarar regionen där personen är bosatt för kostnaderna, oavsett om vården ges i annan region. Regionernas ansvar omfattar alla personer och det finns inte några undantag för personer som är placerade på till exempel ett HVB. I och med att vi i delbetänkandet föreslår att regionerna ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende, blir det ännu viktigare att tydliggöra regionernas ansvar eftersom personerna riskerar att bli utan behandling vid placering utanför egna hemmet. Tidigare har både sociala och andra behandlingsinsatser kunnat beslutas av kommunen.

Även när det gäller kommunernas ansvar för stödinsatser som boende och sysselsättning följer dessa av lag. Kommunerna har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Vidare har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.

I avsnitt 6.8 beskriver vi att det sedan tillkomsten av lagen om omhändertagande av berusade personer har varit lagstiftarens avsikt att tillnyktring ska ske på sjukhus. Ändå har det inte skett, trots att statliga medel tillförts för att målet ska uppnås. Vi föreslår att det tydliggörs i LOB att huvudregeln är att omhändertagna personer förs till en vårdinrättning. Rapporter från Vårdanalys⁷, från SKR och Polismyndigheten samt våra egna data och analyser, visar att personer med behov av insatser på de områden där vi föreslår förtydliganden, inte får sina behov tillgodosedda i tillräcklig grad. Vi bedömer dock att det finns viss osäkerhet om det är rätt tidpunkt att genomföra förändringen i LOB, samtidigt med de övriga förslag vi lämnar. Detta utvecklar vi i avsnitt 6.8 och nedan i samband med att statens kostnader för förslaget beskrivs.

Vi har övervägt att inte reglera ansvaret särskilt på de berörda områdena utan att staten i stället på andra sätt ska stödja regionerna och kommunerna i syfte att säkerställa att målgruppen får de insatser de behöver. Det skulle exempelvis kunna ske med stimulansmedel eller kunskapsstöd. Vi konstaterar dock att sådana åtgärder vidtagits bland annat genom överenskommelser mellan staten och SKR inom området psykisk hälsa under ett tiotal år och genom stimulans av bland annat omhändertagande enligt LOB 2013–2017, men att långsiktiga förändringar har uteblivit.

Delar av reformen ska finansieras i enlighet med finansieringsprincipen

Vi bedömer att delar av reformen ska finansieras i enlighet med finansieringsprincipen. Finansiering av regionernas ansvar att behandla skadligt bruk och beroende har beskrivits i kapitel 15 i delbetänkandet. Därutöver ska regionerna kompenseras för ökade kostnader för

⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020, En LOB i mål – Varför når vi inte målen med beroendevård, Socialstyrelsen, Missbruk och beroende 2020.

slutenvård, som följer av förslaget om ändrat ansvar för tvångsvården som lämnas i det här betänkandet. Kommunernas kostnader för att HVB-placeringar och annat boende under öppen psykiatrisk tvångsvård eller efter tvångsvårdens avslutande finansieras genom att vi inte överför medel för minskade kostnader för HVB-placeringar enligt § 27 med anledning av förslagen i detta betänkande.

Statlig finansiering trots att det inte är nytt åtagande

För ett förslag ser vi ett behov av finansiering trots att vi bedömt att det inte är ett nytt åtagande. Det gäller den samordnade vård- och stödverksamheten, som vi föreslår att staten fullt ut ska finansiera. Först genom ett riktat bidrag och sedan genom förstärkning av det generella statsbidraget. I den samordnade vård- och stödverksamheten ingår flera uppgifter som kan minska kostnaderna för till exempel slutenvård inklusive tvångsvård för regionerna och finansierar delvis kommunernas kostnader för boendestöd och stöd för sysselsättning.

Vi bedömer även att statens minskade kostnader för förvaring av personer som omhändertagits enligt LOB, ska överföras till regionerna för finansiering av vård för personer som omhändertas enligt LOB och förs till en vårdinrättning för vård, trots att vi inte bedömt det som ett nytt åtagande.

Enbart förtydligande av ansvar leder inte till ökade kostnader som ska finansieras av staten

De förslag om förtydligande av ansvar bedöms inte leda till ökade kostnader för regionerna och kommunerna, eftersom det rör sig om ansvar som är reglerat sedan tidigare och därför redan har finansierats.

Dessutom bedömer vi att det system som vi föreslår innebär en mer effektiv och ändamålsenlig användning av resurser tidigt i processen, och kan leda till minskade kostnader längre fram. Till exempel kan regionernas ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård till personer placerade utanför egna hemmet innebära minskade kostnader för akutvård och slutenvård.

Nya samverkanskrav är proportionerliga inskränkningar i självstyrelsen

Våra förslag innebär i vissa delar förstärka krav på samverkan och samarbete. Det rör förslagen om innehåll i överenskommelser som ska göras enligt HSL och SoL och när vårdplanering ska ske för personer som vårdas enligt LPT. Vi anser att detta rör mindre inskränkningar i den kommunala självstyrelsen, som är proportionerliga och motiverade med hänsyn till att samverkan ofta brister för målgruppen i dag. Att få till en fungerade samverkan är en förutsättning för att personerna ska få de insatser de har behov av. På en samhälls-ekonomisk nivå kan en väl fungerande samverkan leda till minskade kostnader eftersom vårdkedjan kan bli mer effektiv och adekvata insatser kan sättas i rätt tid.

Krav på utvecklingsarbete är ett försvarligt ingrepp i självstyrelsen

Vårt förslag i avsnitt 9.1 att den psykiatriska slutenvården ständigt ska bedriva ett utvecklingsarbete för en trygg och meningsfull heldygnsvård innebär ett förtydligande av lag och föreskrifter som bland annat reglerar en god och säker vård. Förslaget kan ses som en ambitionshöjning för regionernas vård. Tvångsvård innebär ett allvarligt ingrepp för den enskilde och det är samhällets ansvar att tvångsvården är säker och om möjligt uppfattas som meningsfull av den enskilde. Det kräver ett ständigt utvecklingsarbete som bland annat inriktar sig på att så långt som möjligt kunna undvika tvångsåtgärder. De försök som har gjorts i Sverige med metoder som syftar till att skapa en trygg och meningsfull heldygnsvård, visar på att det kan leda till positiva ekonomiska resultat för verksamheten genom minskade sjukskrivningar hos personalen⁸. Förslaget kan således innebära positiva konsekvenser för både patienter, personal och verksamheter. Vi bedömer därför att ingreppet i den kommunala självstyrelsen är försvarligt.

⁸ Pelto-Piri, V & Strandberg, A, 2022, Att förebygga våld och tvång på institutioner genom social inkludering – det proaktiva programmet Safewards. Socialvetenskaplig tidskrift 2022:1.

10.5 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service

Bedömning: Våra förslag har viss påverkan på sysselsättning i glesbygd eftersom vi föreslår att Statens institutionsstyrelse inte längre ska bedriva tvångsvård och många av nuvarande institutioner är placerade utanför centralorterna.

Våra förslag ger dock i stället ett ökat behov av vissa personalgrupper i regionernas psykiatriska vård.

Förslagen bedöms endast ha marginella konsekvenser för offentlig service.

10.5.1 Sysselsättning

Vårt förslag som innebär att verksamhet inte längre ska bedrivas vid SiS institutioner innebär konsekvenser för sysselsättningen på de orter där verksamheterna finns. För övriga orter påverkar inte förslagen sysselsättningen i någon högre grad.

År 2021 uppgick antalet årsarbetskrafter vid SiS till drygt 3 700. Den största personalgruppen vid myndigheten är behandlingspedagoger. Dessa anställda arbetar dock inte bara med beroendevård utan även med barn och ungdomar. Mer än hälften av antalet vårdtygn vid SiS består av intagna barn och ungdomar.

Flertalet av institutionerna finns på mindre orter eller i glesbygd, vilket innebär att de är en stor arbetsplats i respektive geografiska område. Vi föreslår att avvecklingen ska påbörjas året när beslut om att LVM ska upphöra tas, och pågå under sammanlagt tre år.⁹ Tiden kan användas för omställning av sysselsättningen på de aktuella orterna. Vi bedömer dock att detta sannolikt är otillräckligt på en mycket liten ort där institutionen är en stor arbetsgivare. Samtidigt har våra förslag ingen eller mycket marginell betydelse för sysselsättningen i riket.

I övrigt bedömer vi att förslagen i viss utsträckning kan påverka behovet av att anställa fler medarbetare vid psykiatriska kliniker. Det kan till exempel röra sig om att anställa personal som i dag arbetar i

⁹ Se kapitel 13 om ikraftträdande.

andra verksamheter såsom SiS eller socialtjänst och som har god kunskap kring att arbeta med skadligt bruk eller beroende.

Att regionerna kommer ansvara för tvångsvård vid skadligt bruk och beroende innebär att 21 regioner kommer bedriva tvångsvård på minst 21 olika platser. I dag bedrivs tvångsvård av en huvudman vid 11 institutioner. Detta innebär att tillgången till offentlig service i viss mån kommer öka för medborgarna, genom att vården bedrivs närmare invånarna och i hela landet.

10.6 Konsekvenser för brottsligheten och brottsförebyggande arbete

Bedömning: Förslagen kan få begränsade effekter på brottsligheten. Om syftet med förslagen uppnås kan brottsligheten minska eftersom tillgången till vård för personer med skadligt bruk eller beroende ökar. Dock kan kortare vårdtider och vård i öppnare former på kort sikt öka risken för framför allt narkotikabrott. På längre sikt ser vi ingen ökad risk för brottslighet och flera av förslagen kan på sikt tvärt om leda till minskad brottslighet.

Brottslighet innebär förutom stora ekonomiska kostnader för samhället och enskilda, andra konsekvenser såsom fysiska och emotionella skador. Den rättspsykiatriska vården och kriminalvårdens verksamhet kostar samhället över 13 miljarder kronor per år. I avsnitt 4.3.6 i delbetänkandet har vi konstaterat att det finns ett samband mellan skadligt bruk eller beroende och brottslighet. Om syftet med förslagen uppnås kan brottsligheten minska genom att personer med skadligt bruk eller beroende får adekvata insatser både före, under och efter tvångsvård. Det kan röra sig om att narkotikabrott av ringa eller normalgrad, misshandelsbrott eller tillgreppsbrott minskar. Detta förutsätter dock att hela reformen inklusive den samordnade vård- och stödverksamheten införs. Enbart en huvudmannaskapsförändring bedömer vi inte ökar tillgången till uppsökande och integrerade insatser på det sätt krävs för att minska brottsligheten.

De minskade vårdtiderna som följer av att LPT tillämpas med våra förslag skulle kunna leda till ökad brottslighet vid utskrivning och överföring mellan slutenvård och öppna vårdformer. Vi bedö-

mer dock att riskerna för ökad brottslighet är liten. Det beror på att nuvarande system i viss mån kan säkra att personer inte begår brott under en begränsad period på maximalt 180 dagar men inte säkerställer en långsiktig vårdkedja som har långsiktig effekt på en persons beteende- och försörjningsmönster. De förslag vi lämnar i kapitel 8 som rör planering syftar till att säkerställa att adekvata insatser ges i direkt anslutning till tvångsvården, vilket kan bidra till att ett vakuum inte uppstår efter tvångsvård där vissa personer med beroendeproblematik kan riskera återfalla i brottslighet.

Genom att behandlingsinsatser för olika psykiatriska tillstånd, inklusive skadligt bruk eller beroende, sätts in tidigare i vårdkedjan, samtidigt som vårdtiderna under tvång vanligtvis blir kortare, minskar riskerna för vårdavbrott genom avvikningar. År 2021 var 647 dygn i LVM-vård avvikna dygn av det totala antalet vårddygnen på 140 849. Det är rimligt att anta att till exempel narkotikabrott ökar i samband med avvikningar.

Två publicerade studier visar att majoriteten av unga män som dömts till fängelse för framför allt våldsbrott har någon typ av psykiatrisk- eller neuropsykiatrisk diagnos. Endast 3 procent i den här gruppen av 300 personer, uppfyllde inte vid något tillfälle någon psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos. Till exempel hade 80 procent av männen någon form av skadligt bruk eller beroende och 40 procent hade adhd.¹⁰ En annan svensk studie från 2015 omfattade 150 personer som alla hade genomgått en rättspsykiatrisk undersökning och/eller paragraf 7-undersökning, hade ett riskbruk av alkohol och/eller droger och tidigare hade varit dömda för brott. Studien visade att de i gruppen som fick regelbunden specialiserad beroendevård hade 50 procent lägre risk att återfalla i brottslighet jämfört med övriga i gruppen. Regelbunden specialiserad beroendevård definierades i studien som minst tre planerade besök under den studerade treårsperioden.¹¹

Det här är exempel som visar hur brottsligheten i samhället potentiellt kan minska med en väl fungerade vårdkedja för skadligt bruk eller beroende, där rätt insatser sätts in i rätt tid.

¹⁰ Eva Billstedt mfl, *Neurodevelopmental disorders in young violent offenders: Overlap and background characteristics* 2017. Björn Hofvander mfl, *Mental health among young adults in prison: the importance of childhood-onset conduct disorder* 2017.

¹¹ Natalie Durbeej mfl, *Mental Health Services and Public Safety: Substance Abuse Outpatient Visits Were Associated with Reduced Crime Rates in a Swedish Cohort*, 2015.

10.7 Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration

Bedömning: Förslagen bedöms ha viss positiv inverkan på de integrationspolitiska målen.

Förslagen kan ha en mindre negativ inverkan på de jämlikhetspolitiska målen genom att vården ska bedrivas av 21 huvudmän i stället för en huvudman som i dag.

Förslagen kan riskera att leda till en ökad utsatthet för kvinnor, eftersom män och kvinnor i högre grad kommer vårdas gemensamt i det system vi föreslår men detta kan motverkas genom att regionerna gör systematiska och individuella riskbedömningar. Adekvata insatser för att motverka kvinnors utsatthet behöver ske innan, under och efter tvångsvård.

Vi bedömer sammanfattningsvis att riskerna ovan är små och motverkas av att regionerna har bättre förutsättningar att bedriva en mer flexibel och personcentrerad vård.

10.7.1 Integration och hälsa

Målet för folkhälsopolitiken är att minska och förebygga ojämlik hälsa i befolkningen. Ur ett internationellt perspektiv är folkhälsan i Sverige god och den blir generellt sett allt bättre. Men enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten 2019 finns det skillnader i hälsa mellan personer födda i andra länder och personer födda i Sverige.¹² Till exempel var självrapporterad psykisk ohälsa generellt vanligare bland utrikesfödda. Livsvillkor påverkar hälsa i hög utsträckning, vilket man tydligt kan se i socialt och ekonomiskt utsatta områden. Andelen personer med bakgrund utanför Norden, är generellt högre i socialt och ekonomiskt utsatta områden.

Personer som har flytt har en ökad risk att utveckla ohälsa. Enligt en rapport från Socialstyrelsen 2015 beräknades ungefär 20–30 procent av asylsökande flyktingar lida av någon form av psykisk ohälsa.¹³ En studie som genomförts av forskare från Karolinska Institutet och University College London som publicerats 2016, visade att flyktingar

¹² Folkhälsomyndigheten, 2019, Hälsa hos personer som är utrikes födda.

¹³ Socialstyrelsen, 2015, Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården.

har en högre risk att drabbas av icke-affektiva psykoser inklusive schizofreni.¹⁴ 2015 publicerades en litteraturoversikt av 29 studier som undersökte den psykiska hälsan på lång sikt hos över 16 000 personer som flytt och som befann sig i England. Enligt författarna finns ökad risk för bland annat depression, PTSD och ångest i samband med och efter migration.¹⁵ Forskning från Karolinska Institutet från 2017 visar att personer som kommit hit som flyktingar i större utsträckning kommer in senare i vården och mer frekvent blir utsatta för tvångsvård jämfört med andra grupper.¹⁶

Förslaget i kapitel 8 om förtydligande av regionens och kommunens ansvar för planering av vården och stödinsatserna, under och efter tvångsvård, kan påverka integrationen positivt eftersom tillgången till relevanta öppenvårdsinsatser kan öka för målgruppen.

Övriga förslag bedöms inte påverka integrationen.

10.7.2 Jämställdhet

Kvinnor med skadligt bruk eller beroende befinner sig ofta i situationer som ökar risken att utsättas för våld. Våldsutsatta kvinnor med skadligt bruk eller beroende kan ofta ha problem inom flera livsområden som gör att de har behov av stödinsatser, behandling och vård.¹⁷ Studien "Vem ser oss? En studie om kvinnor i missbruk och deras upplevelser av våld i nära relation" visar bland annat att kvinnor med skadligt bruk eller beroende har en högre utsatthet för våld och kränkningar i nära relationer jämfört med kvinnor generellt och att nära hälften av deltagande kvinnor har varit utsatta för grovt våld. Sexuellt våld var vanligt förekommande.¹⁸

SiS bedriver i dag all tvångsvård enligt LVM på könseparerade institutioner. År 2007 uppdrog SiS forsknings- och utvecklingsverksamhet åt Leili Laanemets och Arne Kristiansen att göra en fristående och utomstående kartläggning och analys av hur män/pojkar

¹⁴ Hollander, A. C., et al, 2016, Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden.

¹⁵ Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review.

¹⁶ Manhica H, et al, 2017, The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: a national cohort study.

¹⁷ <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/missbruk-och-beroende/valdsutsatta-kvinnor-med-missbruks--och-beroendeproblem/om-valdsutsatta-kvinnor-med-missbruks--och-beroendeproblem/>.

¹⁸ Vem ser oss? En studie om kvinnor i missbruk och deras upplevelser av våld i nära relation, Länsstyrelsen Västmanlands län, 2021.

och kvinnor/flickor blir behandlade inom den tvångsvård som bedrivs av SiS. 2009 fick Tove Pettersson i uppdrag att utvärdera hur personalen upplevde att arbeta på enkönade eller blandade avdelningar i ungdomsvården. Leili Laanemets och Arne Kristiansen utvärdering av LVM-vården visade att genusperspektivet har en underordnad roll. Ingen av avdelningarna som de studerade hade som målsättning att vården skulle utveckla klienternas syn på kön. Snarare var det så att verksamheterna bidrog till att befästa rådande, normativa, könsföreställningar och könsstrukturer. Detta visade sig bland annat i den typ av aktiviteter som männen respektive kvinnorna erbjöds att delta i och i arbetsfördelningen mellan kvinnorna och männen i personalgrupperna. De behandlingsmetoder som användes saknade också könsperspektiv.

Europeiska kommittén mot tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (CPT) har uttryckt de potentiella fördelarna med könsblandade avdelningar inom psykiatrisk tvångsvård, men har också understrukt att blandningen inte ska vara till men för patienternas privatliv, värdighet eller säkerhet.¹⁹

De uppgifter som utredningen tagit del av, visar på att synen om könsseparerade eller blandade avdelningar har växlat mellan olika tidsperioder och att det inte tycks finnas något tydligt svar på vad som är att föredra. För att minska risken för att personer blir utsatta för övergrepp under vårdtiden, krävs att psykiatrin har rutiner för att genomföra riskanalyser för respektive patient och har metoder för att tillgodo patienters behov av trygghet och säkerhet på vårdavdelningen. I detta arbete bör kvinnors utsatthet särskilt uppmärksammas. Ett sätt att undvika situationer där en patient riskerar att utnyttjas kan vara att ha en god tillgång till enkelrum, samt möjlighet att flytta patienter mellan avdelningar.

Utsattheten som kvinnor med skadligt bruk eller beroende befinner sig i, är allvarlig och existerar både före och efter slutenvårdstillfällen. Det är viktigt att dessa risker identifieras till exempel i samband med planering av eftervårdsinsatser. I avsnitt 8.5 beskriver vi behovet av att uppmärksamma trygghet och säkerhet i vårdplaneringen. Vi konstaterar att det kan handla om åtgärder för att våldsutsatta kvinnor inte ska berövas basala resurser som tillgång till sin bostad och liknande. I samma avsnitt understryker vi också behovet av att kunna planera för och erbjuda skyddade boenden.

¹⁹ Se t.ex. CPT:s rapport från besöket i Serbien 2011 (CPT/Inf [2012]).

10.7.3 Jämlik vård

Den reform vi föreslår i delbetänkandet bedöms öka tillgången till jämlik vård över landet. Förslaget att tvångsvården ska bedrivas av 21 huvudmän jämfört med en huvudman som i dag, kan dock riskera att öka skillnader i den vård som bedrivs.

I dag bedriver SiS egen forskning och utveckling av tvångsvårdsverksamheten. Dessutom är det en enda myndighet, vilket kan underlätta vid till exempel implementering av riktlinjer. Det är viktigt att det nationella, övergripande perspektivet inte tappas bort om våra förslag genomförs. Förslagen i avsnitt 9.2 om en tvångsvårdskommission syftar bland annat till att bidra till en säker och jämlik tvångsvård över landet.

Det kan dock konstateras att vården inte heller i dag är jämlik. Hur många som tvångsvårdas enligt LVM per 100 000 invånare skiljer sig mycket mellan olika kommuner. Det är exempelvis mer än fyra gånger så vanligt att vårda personer inom tvångsvården i Gävleborg jämfört med i Stockholms län. Troligtvis har de regionala skillnaderna flera orsaker, men enligt den förstudie Socialstyrelsen gjorde 2019 kunde orsakerna till exempel vara hur väl vård- och omsorgskedjorna möter individens behov och hur kommunen tolkar och tillämpar lagstiftningen.²⁰ Vi menar att tillgången till öppna insatser i beroendevården i regionen och kommunen kan vara en bidragande orsak till hur många beslut om LVM som fattas. Även Socialstyrelsens statistik rörande LPT har visat på stora skillnader över landet. Dock finns det viss osäkerhet i dessa siffror, eftersom inrapporteringen brister.

Vårt förslag att 21 regioner i stället för staten ska ansvara för tvångsvården kan riskera att öka ojämlikheten i vilket insatser som ges till patienterna. Jämlik vård är dock en utmaning för hela hälso- och sjukvården och utvecklingsåtgärder har vidtagits bland inom ramen för överenskommelsen Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022, mellan regeringen och SKR. Inom överenskommelsen avsattes till exempel 2022 174,5 miljoner kronor från regionerna och staten för den fortsatta utvecklingen av nationella kvalitetsregister.

Ur en annan aspekt ökar dock jämlikheten genom våra förslag. Personer med skadligt bruk eller beroende får vård i samma strukturer som patienter med andra psykiatriska tillstånd och tillgång till

²⁰ Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar – Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.

fler behandlingsinsatser. Innehållet i vården planeras utifrån individuella behov i stället för att ges på ett likartat sätt beroende på att man anses tillhöra en viss kategori. Dessa skillnader har vi utvecklat i avsnitt 6.2.2.

10.8 Konsekvenser för företag

Bedömning: Att personer med skadligt bruk eller beroende inte längre ska kunna tvångsvårdas enligt LVM, innebär minskade placeringar på privata institutioner som i dag sker enligt 27 § LVM. Detta kan i sin tur leda till färre vårddagar i institutionsvård som drivs av privata aktörer. Det kan också leda till färre dagar i familjehem som stöds av företag som bedriver konsulentverksamhet.

Våra förslag bedöms även i övrigt sammantaget leda till minskade institutionsplaceringar. Våra bedömningar kring gemensamma upphandlingar eller gemensam drift av hem för vård eller boende (HVB), som även tas upp i delbetänkandet, kan innebära att företag som bedriver HVB-verksamheter behöver anpassa resurser och kompetenser efter det nya regelverket. Det kan även innebära att HVB-företag som i dag inte är vårdgivare kommer få svårare att vinna upphandlingar. Små företag kan få svårare att bedriva HVB eftersom det kommer ställas högre krav på att både kunna erbjuda hälso- och sjukvård och socialtjänst.

I övrigt bedöms inte vårt förslag att regionerna ska ta över ansvaret för behandling utan samtycke leda till konsekvenser för företagen.

I och med förslaget att LVM upphävs antas antalet dygn i tvångsvård som ges under öppna former i till exempel HVB att minska. Andelen LVM-vårdade som får vård i mer öppna former enligt § 27 LVM var 80 procent 2021.²¹ Uppgifter från SiS:s egna data utifrån DOK utskrivningsintervjuer från 2003, 2007 och 2011, visade på att cirka 50 procent fått en HVB-placering under sin första § 27-placering.²² Det är cirka 82 procent av HVB-hemmen som drivs av privata utförare. Enligt Statistikmyndigheten (SCB) fanns det 219 privata före-

²¹ SiS årsredovisning 2021.

²² Institutionsvård i fokus, Vård i annan form enligt 27 § LVM.

tag som bedrev HVB-hem för vuxna med missbruksproblem år 2021. Drygt 70 procent av företagen har mindre än 10 anställda. Dessa företag kan därmed få lägre intäkter som en konsekvens av utredningens förslag. Antalet vård dygn enligt § 27 LVM var cirka 39 000 enligt SiS årsredovisning för år 2021. Det innebär att placeringarna på HVB enligt § 27 hos privata utförare minskar med cirka 16 000 dygn ($39\,000 \times 0,5 \times 0,82$). En analys- och jämförelserapport från 2015 över ett antal kommuner visar på en genomsnittskostnad på 2 387 kronor för de jämförda kommunerna²³. Rapporten visade även på att variationen var stor mellan olika kommuner avseende utformningen av olika insatser och att nivån på kostnaderna i institutionsvård, boende och öppenvård var det som varierade mest. Vi har valt att utgå ifrån kostnaden som redovisades i rapporten från år 2015. De privata utförarnas minskade intäkter genom att § 27-vården enligt LVM upphör beräknas då till cirka 38 miljoner kronor.

Dock kommer HVB-placeringar eller andra socialtjänstinsatser bli aktuella tidigare, eftersom vi bedömer att vårdtiderna blir kortare och det kan även vara aktuellt efter utskrivning eller under öppen psykiatrisk tvångsvård. Det är därför svårt att beräkna hur mycket HVB-placeringar sammantaget kan komma att minska i det system vi föreslår, jämfört med placeringar enligt § 27 LVM i dag. Om 400 personer med ett vård- och stödbehov som motsvarar det som finns hos dem som vårdas enligt LVM i dag, efter slutenvårdstillfället placeras på ett HVB under 5 veckor, motsvarar det ungefär de vård dygn som i dag ges enligt § 27. Antal vård dygn på HVB minskar dock ändå i ett sådant scenario eftersom det även i dag förekommer frivilliga placeringar efter tvångsvårdstiden. Vi räknar också med att kommunerna bland annat med stöd av de medel som frigörs genom att kostnader för § 27 upphör, kommer att erbjuda andra typer av boendeinsatser i högre grad. Under avsnitt 10.12 om Kostnader och konsekvenser för kommunerna beskriver vi hur vi anser att den minskade kostnaden för placeringar enligt § 27 LVM ska fördelas.

Förslaget i delbetänkandet om att regionerna får ett förtydligat ansvar för behandling, och de förslag vi lämnar i det här betänkandet, kommer innebära att utbudet av psykiatrisk heldygnsvård för skadligt bruk och beroende ökar. På sikt bör det få konsekvensen att behovet av annan institutionsvård minskar. Även utveckling av boende-

²³ Analys- och jämförelserapport, Kostnad per brukare inom individ- och Familjeomsorg, Ensolution, 2016.

insatser i kommunerna och den samordnade vård- och stödverksamheten har förutsättningar att leda till minskad institutionsvård. Kommunerna beviljade år 2020 totalt 620 288 vårddygn i frivillig institutionsvård (HVB) varav 504 332 bestod av vårddygn hos en privat aktör. 6 340 personer beviljades insatsen och genomsnittligt antal vårddygn per person som beviljades var 95. Eftersom institutionsvård är en insats som ofta utförs av privata aktörer kan det påverka företag negativt. Samtidigt kan de föreslagna förändringarna ha positiv påverkan för företag som kan konkurrera med integrerade insatser till exempel i HVB.

10.9 Konsekvenser för EU-rätten

Bedömning: Förslagen innebär inga konsekvenser för EU-rätten.

Vi bedömer att förslagen överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Socialtjänst och hälso- och sjukvård är en nationell befogenhet och medlemsstaterna finansierar, förvaltar och organiserar sina hälso- och sjukvårdssystem och sociala omsorgssystem.

Förslagen är inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område och de författningsändringar som föreslås gäller svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning och socialtjänstlagstiftning.

Vi bedömer vidare att förslagen inte berör Europeiska unionens inre marknad eller på annat sätt medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet.

10.10 Ekonomiska konsekvenser

Utredningar ska bedöma ekonomiska konsekvenser av de förslag som lämnas. Ekonomiska konsekvenser avser till exempel bedömningar av intäkter och kostnader för förslagen men kan också avse samhällsekonomiska bedömningar. Vi har gjort beräkningar för statlig, regional och kommunal verksamhet samt översiktligt för företag. Beräkningarna bygger på statistik från år 2021. Statistiken är i huvud-

sak hämtad från Socialstyrelsen, Statens institutionsstyrelse (SiS), Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt Statistikbyrån (SCB).

När vi i de ekonomiska konsekvenserna benämner åren som år 1, och så vidare så avses (om inget annat anges) det första året under reformens genomförandeperiod, som beskrivs närmare i kapitel 12 och där det framgår att vi menar att året när den föreslagna lagstiftningen kräver i kraft är år 3.

Andra statliga utredningar

Andra statliga utredningar kan ha bäring på de förslag vi lämnar och vice versa. Det gäller särskilt SOU 2022:40 God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. De kostnader som följer av den utredningen och som skulle kunna vara aktuella att räkna upp utifrån våra förslag som innebär fler vårddygn i den psykiatriska vården, är ökade kostnader för domstolar som enligt utredningen beräknats uppgå till 8 miljoner kronor, IVO på 12 miljoner kronor och regionerna på 22 miljoner kronor med anledning av förslaget om allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser.

10.10.1 En samhällsekonomisk bedömning

I avsnitt 15.8 i delbetänkandet gör vi en samhällsekonomisk bedömning av att införa en samordnad vård- och stödverksamhet. I resonemangen om samhällsekonomiska utfall presenterades ett antal typfallsberäkningar. Även i detta betänkande presenteras typfallsberäkningar (se nedan) som illustrerar utredningens förslag till förändringar och utfall vad gäller insatser och åtgärder samt försörjning för personer med allvarlig beroendeproblematik. Typfallsberäkningarnas utfall per sektor i tabellerna tar inte hänsyn till finansieringsprincipen, dvs. att staten ska ge kommuner och regioner adekvat finansiering när staten ålägger dem nya uppgifter och åtaganden.

Vi vet sedan tidigare att allvarligt skadligt bruk och beroende skapar flera typer av kostnader för samhället. En sådan kostnad är det produktionsbortfall, dvs. den BNP-förlust, som uppstår till följd av att personer inte förvärvsarbetar. Det uppstår även kostnader för olika åtgärder som personer med skadligt bruk eller beroende kan

tänkas behöva. Det handlar om insatser från kommunen såsom boendestöd, institutionsvård eller regionala vårdinsatser inom psykiatrin. Staten, som har det huvudsakliga ansvaret för kriminalvården, får kostnader för personer i häkte eller på anstalt.

I den samhällsekonomiska kostnadsbedömningen är det de s.k. reala kostnaderna – dvs. produktionsbortfallet och kostnaderna för olika insatser som ska inkluderas i analysen. För individen, anhöriga och brottsoffer kan även ytterligare välfärdsförluster (kostnader) uppstå i form av sämre livskvalité, kortare livslängd och försämrad psykisk hälsa.

I en komplett samhällsekonomisk beräkning av en social investering, är det viktigt att försöka kvantifiera och värdera insatsens konsekvens för alla invånares välfärd. Effekterna ska även summeras över tid. Analysen bör inkludera vad en viss insats kostar i dag och hur den påverkar framtida offentliga kostnader. Lönsamheten av åtgärden kommer därför i hög grad att vara beroende av i vilken utsträckning kortsiktiga effekter är bestående. Alla dessa faktorer och aspekter behöver kvantifieras och beräknas i en samhällsekonomisk kalkyl. Detta är för det mesta svårt. Det är mot den bakgrunden som typfallsberäkningar används för att illustrera åtminstone offentlig-finansiella effekter för en individ som påverkas av utredningens förslag. I tabellerna presenteras potentiella vinster fördelat per sektor inklusive finansiella transfereringar (omfördelade skatter och bidrag). Eftersom storleken på de finansiella transfereringarna har betydelse för exempelvis en kommuns budget kan transfereringar i sig ha betydelse för hur lyckad en insats kan tänkas bli.

Individ 1 i tabell 10.1 har försörjningsstöd från kommunen (111 000 kronor per år) och tvångsvård enligt LVM. Ett genomsnittligt vårdtillfälle enligt LVM kostar stat och kommun över 1 miljon kronor. Individen har även vårdats frivilligt på institution enligt SoL och gjort två öppenvårdsbesök inom psykiatrin. De sammantagna kostnaderna för offentlig sektor vad gäller försörjning och insatser uppgår till 1 667 292 kronor, fördelat på 368 885 för staten, 1 245 160 för kommunen och 53 247 kronor för regionen. Kostnaderna som presenteras i tabellerna är genomsnittliga kostnader per individ med insats enligt data från Socialstyrelsen, SKR, SCB osv.

Intäktssidan från en social investering består av de kostnader som upphör eller reduceras och de intäkter som tillkommer. Efter utredningens reformer har individen i detta exempel fortsatt försörjnings-

stöd. Individen får tvångsvård enligt LPT i stället för LVM. Individen är en del av den samordnade vård- och stödverksamheten och har haft åtta öppenvårdsbesök inom psykiatri och två vårdtillfällen inom den frivilliga slutna vuxenpsykiatri. Individen har även kvar bistånd som avser boende från kommunen. Deltagarens förändrade situation innebär en vinst för den offentliga sektorn på 729 496 kronor. Staten har inga utgifter för individen. Även kommunen går plus, eftersom tvångsvården nu utförs av regionen (staten föreslås dock minska statsbidragen som en konsekvens av minskat åtagande) samt att individen inte är inskriven i frivillig institutionsvård. Däremot får regionen högre kostnader som en konsekvens av frivillig, samt tvingande, psykiatrisk slutenvård. Staten föreslås kompensera regionerna för det nya åtagandet om tvångsvård (se avsnitt 10.10.2).

Tabell 10.1 Typfallsberäkning individ 1

Ekonomisk konsekvens för offentlig sektor. Kronor per år.

Innan intervention		Efter intervention		
Utgifter		Utgifter		Vinst
Försörjningsstöd	111 000	Försörjningsstöd	111 000	0
Tvångsvård LVM	1 053 958	Tvångsvård LVM	0	1 053 958
Tvångsvård LPT	0	Tvångsvård LPT	378 000	-378 000
Institutionsvård	449 087	Institutionsvård	0	449 087
Somatisk vård	47 247	Somatisk vård	0	47 247
		Vård- och stödverksamhet		
2 besök psykiatri	6 000	8 besök psykiatri	24 000	-18 000
Vård psykiatri	0	2 vård psykiatri	175 308	-175 308
Bistånd boende	0	Bistånd boende	249 488	-249 488
Inkomster		Inkomster		
Arbetsgivaravgifter	0	Arbetsgivaravgifter	0	0
Inkomstskatt K	0	Inkomstskatt K	0	0
Inkomstskatt R	0	Inkomstskatt R	0	0
Offentlig sektor	1 667 292	Offentlig sektor	937 796	729 496
<i>Stat</i>	<i>368 885</i>	<i>Stat</i>	<i>0</i>	<i>368 885</i>
<i>Kommun</i>	<i>1 245 160</i>	<i>Kommun</i>	<i>360 488</i>	<i>884 672</i>
<i>Region</i>	<i>53 247</i>	<i>Region</i>	<i>577 308</i>	<i>-524 061</i>
<i>ÅP-systemet</i>	<i>0</i>	<i>ÅP-systemet</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Offentlig sektor	1 667 292	Offentlig sektor	937 796	729 496

Källa: Egna beräkningar, SKR, Socialstyrelsen och SCB.

Individ 2 i tabell 10.2 är en person med beroendeproblematik och psykisk funktionsnedsättning som har försörjningsstöd och som har fått tvångsvård enligt LVM. Individen har haft bistånd från kommunen i form av placering utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt. Personen har även besökt psykiatri under året. Efter att personen har blivit deltagare i den samordnade vård- och stödverksamheten inklusive haft en episod av tvångsvård enligt LPT har personen fått en subventionerad anställning (lönebidrag) via Arbetsförmedlingen. Detta är en reguljär anställning på arbetsmarknaden där staten subventionerar arbetsgivarens lönekostnad med 70 procent upp till taket på 20 000 kronor per månad. En reguljär anställning innebär skatteintäkter för kommun och region. Staten får intäkter i form av arbetsgivaravgifter och ålderspensionssystemet gynnas när individen tjänar in inkomstrelaterade pensionsrätter. Även i detta exempel får staten minskade utgifter, främst som en konsekvens av att tvångsvården nu utförs av regionen. Sammantaget är vinsten för offentlig sektor 403 376 kronor för ett år.

Tabell 10.2 Typfallsberäkning individ 2

Ekonomisk konsekvens för offentlig sektor. Kronor per år.

Innan intervention		Efter intervention		
Utgifter		Utgifter		Vinst
Försörjningsstöd	111 000	Försörjningsstöd	0	111 000
AF Lönebidrag	0	AF Lönebidrag	129 337	-129 337
AF Handläggning	0	AF Handläggning	4 075	-4 075
Tvångsvård LVM	1 053 958	Tvångsvård LVM	0	1 053 958
2 tvångsvård LPT	0	2 tvångsvård LPT	756 000	-756 000
Korttidsplats	274 661	Korttidsplats	0	274 661
		Vård- och stödverksamhet		
1 besök psykiatri	3 000	6 besök psykiatri	18 000	-15 000
Vård psykiatri	0	2 vård psykiatri	175 308	-175 308
Boendestöd	0	Boendestöd	68 761	-68 761
Inkomster		Inkomster		
Skattereduktion	0	Skattereduktion	-25 209	-25 209
Arbetsgivaravgifter	0	Arbetsgivaravgifter*	72 567	72 567
Inkomstskatt K	0	Inkomstskatt K	41 609	41 609
Inkomstskatt R	0	Inkomstskatt R	23 271	23 271
Offentlig sektor	1 442 619	Offentlig sektor	1 039 243	403 376
<i>Stat</i>	<i>368 885</i>	<i>Stat**</i>	<i>125 735</i>	<i>243 151</i>
<i>Kommun</i>	<i>1 070 734</i>	<i>Kommun</i>	<i>27 152</i>	<i>1 043 582</i>
<i>Region</i>	<i>3 000</i>	<i>Region</i>	<i>926 037</i>	<i>-923 037</i>
<i>ÅP-systemet</i>	<i>0</i>	<i>ÅP-systemet</i>	<i>-39 681</i>	<i>39 681</i>
Offentlig sektor	1 442 619	Offentlig sektor	1 039 243	403 376

Anm.*10,21 procentenheter av arbetsgivaravgiften är ålderspensionsavgift. **Staten finansierar skattereduktionen för den allmänna pensionsavgiften som tillfaller ålderspensionssystemet.

Källa: egna beräkningar, SKR, Socialstyrelsen, SCB, Skatteverket och Arbetsförmedlingen.

Den tredje och sista typfallsberäkningen visar en individ med psykisk funktionsnedsättning som efter en rättspsykiatrisk undersökning döms för ett våldsbrott med 6 månaders fängelse som påföljd. Rättspsykiatriska undersökningar, tid i häkte och fängelse innebär kostnader för staten. Våldsbrott kan även betyda samhällskostnader i form av produktionsbortfall, ökade vårdkostnader och sämre livskvalité för brottsoffer och anhöriga. Tabell 10.3 visar effekten för offentlig sektor om individen inte hade begått våldsbrottet. I alternativscenariot får personen tvångsvård enligt LPT i stället för LVM samt annan behandling inom vuxenpsykiatri. Individen har även beviljats sjukersättning

för sin psykiska funktionsnedsättning och bostadstillägg. Sjukersättning är en skattepliktig förmån vilket medför skatteintäkter för kommun och region. Individen har även via vård- och stödverksamheten bistånd i form av boendestöd och dagverksamhet från kommunen. Staten får betydligt lägre kostnader för individen i ett sådant scenario, vilket i huvudsak beror på en förstärkt vård- och stödstruktur runt omkring individen innebar att våldsbrottet kunde undvikas. Sammantaget minskar den offentliga sektorns kostnader med drygt 1,4 miljoner kronor under ett år.

Tabell 10.3 Typfallsberäkning individ 3

Ekonomisk konsekvens för offentlig sektor. Kronor per år.

Innan intervention		Efter intervention		
Utgifter		Utgifter		Vinst
Försörjningsstöd	0	Försörjningsstöd	0	0
Sjukersättning	0	Sjukersättning	134 280	-134 280
Bostadstillägg	0	Bostadstillägg	57 600	-57 600
Tvångsvård LVM	1 053 958	Tvångsvård LVM	0	1 053 958
Tvångsvård LPT	0	Tvångsvård LPT	378 000	-378 000
Rättspsykiatri*	6 100	Rättspsykiatri*	0	6 100
Rättspsykiatri**	494 200	Rättspsykiatri**	0	494 200
Våldsbrott \square	8 171	Våldsbrott \square	0	8 171
Häkte 30 dagar	99 278	Häkte 30 dagar	0	99 278
Fängelse 6 mån.	585 966	Fängelse 6 mån.	0	585 966
		Vård- och stödverksamhet		
Besök psykiatri	0	6 besök psykiatri	18 000	-18 000
Vård psykiatri	0	Vård psykiatri	87 654	-87 654
Dagverksamhet	0	Dagverksamhet	75 688	-75 688
Boendestöd	0	Boendestöd	68 761	-68 761
		Inkomster		
Skattereduktion		Skattereduktion	-12 100	-12 100
Arbetsgivaravgifter	0	Arbetsgivaravgifter	0	0
Inkomstskatt K	0	Inkomstskatt K	20 049	20 049
Inkomstskatt R	0	Inkomstskatt R	11 213	11 213
Offentlig sektor	2 247 673	Offentlig sektor	800 821	1 446 852
<i>Stat</i>	<i>1 556 500</i>	<i>Stat</i>	<i>179 780</i>	<i>1 376 720</i>
<i>Kommun</i>	<i>685 073</i>	<i>Kommun</i>	<i>124 400</i>	<i>560 673</i>
<i>Region</i>	<i>6 100</i>	<i>Region</i>	<i>472 441</i>	<i>-466 341</i>
<i>ÅP-systemet</i>	<i>0</i>	<i>ÅP-systemet</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Offentlig sektor	2 247 673	Offentlig sektor	880 821	1 446 852

Anm.*Besök,

**Undersökning, \square Handläggning.

Källa: Egna beräkningar, SKR, Socialstyrelsen, Kriminalvården, Åklagarmyndigheten, Rättsmedicinalverket, SCB och Skatteverket.

Tabellerna visar endast beräkningsexempel på hur utfall av integrerad vård- och stödverksamhet för personer med skadligt bruk eller beroende kan påverka offentliga sektorns utgifter och inkomster. En del av vinsterna är direkta, konkreta och tydliga. Andra vinster är indirekta och svåråtgångade, till exempel för anhöriga och brottsoffer. Förbättrad livskvalité eller psykiska hälsa för anhöriga är svåra att kvantifiera i monetära termer. Sådana aspekter ingår heller inte i typfallsberäkningarna ovan. I den totala samhällsekonomiska bedömningen av en insats bör de sammantagna effekterna för alla invånare och alla konsekvenser över tid inkluderas. En sådan heltäckande kalkyl är svår att genomföra. Men för att de samordnade vård- och stödverksamheterna inte ska kunna motiveras samhällsekonomisk måste de nya verksamheterna ge ett sämre utfall för individ och samhälle än befintliga verksamheter som finns i dag. Om endast ett fåtal ytterligare personer med allvarligt skadligt bruk eller beroende kommer i arbete eller om att ett antal ytterligare brott kan förhindras blir reformen samhällsekonomiskt lönsam.

Vinster kan emellertid fördela sig på olika sätt mellan olika delar av den offentliga sektorn. I ett system med många aktörer finns en risk att myndigheter och enskilda regioner med egna budgetar tvekar att satsa på vissa insatser. Insatser som innebär minskade kostnader för offentlig sektor kan betyda ökade kostnader för den egna verksamheten. I nästa avsnitt redovisas de sammantagna ekonomiska effekterna för stat, regioner och kommuner som en konsekvens av utredningens båda betänkan. I dessa beräkningar redovisas även hur ändrade statsbidrag utifrån finansieringsprincipens sammantaget påverkar regioner och kommuner.

10.10.2 Ekonomiska konsekvenser för staten

Bedömning: En avveckling av den statliga beroendevården innebär en permanent minskning av statens kostnader med 374 miljoner kronor. Avvecklingen av LVM innebär även att staten minskar de generella statsbidragen till kommunerna med 535 miljoner kronor per år. Statens minskade kostnader för LVM och delar av de minskade statsbidragen till kommunen används till att öka statsbidragen till regionerna för deras nya åtagande för den psykiatriska tvångsvården.

Staten får ökade permanenta kostnader med 15 miljoner per år för tvångsvårdskommissionen.

Vi föreslår att det tillsätts en särskild utredare för avvecklingen av den vård som SiS bedriver enligt LVM. Utredningen ska finansieras med 3 miljoner kronor per år 2024 och 2025.

Vi föreslår att staten finansierar den samordnade vård- och stödverksamheten med 300 miljoner kronor årligen.

Staten får tillfälligt ökade kostnader för uppdrag till Socialstyrelsen på 9 miljoner kronor per år under fyra år.

Staten får permanent minskade kostnader på 17 miljoner kronor med anledning av förslagen i detta betänkande. Inkluderas förslagen från SOU 2021:93 ökar statens kostnader permanent med 155 miljoner kronor per år, vilket föreslås finansieras med anslag 1:8 Bidrag till psykiatri.

Kostnad för nya åtaganden

Tvångsvårdskommissionen

Förslaget i avsnitt 9.2 om att inrätta en kommission för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård innebär ett nytt åtagande för staten. Vi föreslår att kommissionen inrättas vid Socialstyrelsen och att dess roll och uppgifter som ett självständigt organ som regleras i Socialstyrelsens instruktion. Ordningen motsvarar den för Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor vilket innebär att kommissionen fattar sina egna beslut men administrativt är en del av myndigheten. En sådan ordning innebär att overheadkostnaderna för kansliet kan hållas nere. Vi föreslår att det till kommissionen ska knytas ett kansli med 7–10 anställda och att Socialstyrelsen ska tilldelas 15 miljoner kronor årligen för kostnaderna för både ledamöterna och anställda i verksamheten. Medlen ska tillföras Socialstyrelsen i förvaltningsanslaget.

Ökning av statsbidrag till juridiska personer som tillhandahåller sysselsättning

Vi föreslår att medlen som avsätts enligt förordning (2009:955) om statsbidrag till vissa juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning, ska höjas med 20 miljoner kronor årligen från år 2. Inom ramen för förordningen avsätts i nuläget 50 miljoner kronor årligen. Det innebär att vi föreslår att medlen som avsätts inom ramen för förordningen ska vara totalt 70 miljoner kronor årligen.

Tillfälliga kostnader för uppdrag till myndigheter

Staten får tillfälligt ökade kostnader för uppdrag till myndigheter för förslag i detta betänkande på 9 miljoner kronor per år under 3 år med start år 1. Vi har inte tagit ställning till om uppdragen ska finansieras inom myndighetens befintliga budgetram eller om ytterligare medel bör tillföras. Det bedömer vi är en fråga som lämpligast hanteras i dialog mellan Regeringskansliet och myndigheterna. Kostnaderna rör följande uppdrag till Socialstyrelsen:

- Att Socialstyrelsen, i samverkan med Boverket och i samråd med SKR, får i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla arbetsätt och nya boendeformer (3 miljoner kronor per år 2024–2026),
- Att Socialstyrelsen, i samverkan med Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen och i samråd med SKR, får i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla former för sysselsättning som ger möjlighet för ett självständigt liv (3 miljoner kronor per år 2024–2026),
- Att Socialstyrelsen får i uppdrag att stödja samordnad individuell planering inför utskrivning från psykiatrisk tvångsvård (3 miljoner kronor per år 2024–2026).

Kostnader för särskild utredare för avveckling av LVM

Vi föreslår att det tillsätts en särskild utredare som ska avveckla den tvångsvård som SiS bedriver. Den särskilda utredaren ska bland annat se över hur lokalerna kan användas eller avvecklas, stödja SiS ledning i frågor som avslutande av anställningar och ansvara för hur överföringen av klienter från SiS till regionerna ska ske. Utredningen ska finansieras med 3 miljoner kronor per år under 2024 och 2025 (år 1 och år 2 från beslut). Om regeringen bedömer att det är lämpligt kan utredningens uppdrag förlängas till att pågå även under år 2026.

Minskade kostnader för staten

Avveckling LVM

Från och med år 3 (ikraftträdandeåret) föreslår utredningen att patienter med allvarligt skadligt bruk eller beroende ska kunna påbörja psykiatrisk tvångsvård i slutenvården. De klienter som redan är inskrivna i LVM-vården när det nya regelverket träder i kraft föreslås, med stöd av övergångsbestämmelser, slutföra sin vård inom SiS verksamhet. Detta innebär att staten (och kommunerna) kommer att ha vissa kostnader för LVM-vård även under år 3. Statens besparing för avvecklingen av LVM år 3 beräknas till 314 miljoner kronor. När regionerna helt och hållet har tagit över tvångsvården för den nya målgruppen blir statens besparing 374 miljoner kronor. Enligt finansieringsprincipen föreslås även staten minska statsbidragen till kommunerna när deras finansiering av tvångsvården upphör samt öka statsbidragen till regionerna med ett belopp som motsvarar deras nya åtagande.

Minskade kostnader för förvaring av personer som omhändertas enligt LOB

Förslaget att förtydliga regionernas ansvar för hälso- och sjukvård till personer som omhändertas enligt lagen om omhändertagande av berusade personer innebär att fler personer kommer tillnyktra inom hälso- och sjukvården i stället för i Polismyndighetens arrestlokaler. År 2021 omhändertogs 50 978 personer enligt LOB. Det är en minskning på 2,5 procent från året innan. År 2015 rapporterades cirka

63 000 omhändertaganden enligt statistik från Myndigheten för Vårdanalys. Myndigheten hade ett uppföljningsuppdrag för den treåriga satsningen för förbättrade stöd- och behandlingsinsatser vid omhändertagande enligt LOB (S2017/00357/FS). Uppföljningen visade på stora regionala skillnader mellan polisregionerna 2013–2015 (2015 ombildades polisregionerna till en statlig myndighet). År 2014 fördes 12 procent av samtliga omhändertagna till vård. Statistik från Polismyndigheten för januari–oktober 2021 visar på att 78 procent av personerna som omhändertogs enligt lagen om berusade personer sattes i polisarrest och 22 procent fördes till vård eller blev föremål för någon annan åtgärd. Inom ramen för Vårdanalys uppföljning fick poliser inom fyra län uppskatta hur många av de omhändertagna som de ansåg var i behov av vård. Mellan 40 och 80 procent av de omhändertagna behöver någon form av vård eller tillnyktring inom vården enligt deras uppskattningar. Enligt tidigare studier har mellan 15 och 20 procent av de omhändertagna uppskattats vara ”aggressiva, våldsamma eller hotfulla” vid omhändertagandet men studierna ligger relativt långt bak i tiden så det är svårt att dra några säkra slutsatser av det.²⁴ Vid en översyn av LOB uppskattade polisen att det rör sig om cirka 30 procent av de omhändertagna som sannolikt skulle komma att finnas kvar hos polisen på grund av aggressivitet eller stökighet.²⁵ Missbruksutredningen räknade på att ett vårdtillfälle vid de befintliga tillnyktringsenheterna var cirka 2 000 kronor 2011. I dagens penningvärde skulle det motsvara cirka 2 400 kronor. Vi har inte kunnat få fram några nyare siffror på kostnaden. Vi har kontaktat Polismyndigheten för att få deras bild av kostnaden men eftersom de inte registrerar kostnaderna på det sättet, har det inte varit möjligt att få fram. Dygnskostnaden 2021 för häkte var 3 189 kronor.

Förslaget om att hälso- och sjukvårdens ansvar för personer som omhändertas enligt LOB innebär inte ett nytt åtagande, utan följer redan av regionens ansvar att bedriva god hälso- och sjukvård för den som är bosatt i regionen. Om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska regionen erbjuda sådan vård. För andra situationer finns det så kallade Riksavtalet för utomlänsvård, som innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sin egen region. Vi lämnar

²⁴ Ds 2001:31.

²⁵ Justitiedepartementet (2005). Tillnyktring vid LOB – en fråga för hälso- och sjukvården. Opublicerat manuskript.

inga förslag om hur regionen ska organisera vården för berusade personer och inte heller att det behöver ske inom ramen för tillnyktringsenheter. I delbetänkandet har vi föreslagit en överföring av resurser från kommuner till regioner, för behandling av personer med skadligt bruk eller beroende, som skulle kunna användas för tillnyktringsenheter. Dock medför förslaget om förändring av LOB i praktiken att regionen får ökade kostnader och Polismyndigheten minskade. Tillnyktring i hälso- och sjukvården medför en kvalitetshöjning för den enskilde och vi anser att det är rimligt att staten bidrar till detta. Även om det endast är förtydligat ansvar, så kan det bli en omfattande uppgift för hälso- och sjukvården att hantera. Det talar också för att statliga medel överförs till regionerna. Vi anser därför att medel motsvarade polisens kostnader bör överföras från staten till regionen. Där betonas att eftersom vi inte anser att det är ett nytt åtagande har ingen bedömning gjorts av huruvida detta täcker regionernas kostnader, utan syftet är endast att regionerna ska kunna använda det utrymme som frigörs i statens budget genom förändringen.

Polismyndigheten kommer ha kvar en stor del av kostnaderna för omhändertagande och transport till vårdinrättning och i förekommande fall ha kostnader för arrest för personer som behöver tas i förvar med hänsyn till ordning och säkerhet. I Ds 2001:31 har polismyndigheterna i landet fått frågan hur mycket deras kostnader skulle minska om en annan huvudman blir ansvarig för vård och förvaring enligt LOB. Kostnader för 14 län redovisades men eftersom de delvis svarat utifrån olika premisser, där vissa räknat in alla kostnader som kan sparas och andra endast personalkostnader, är det svårt att dra slutsatser av de uppgifterna. Eftersom vi inte kunnat få fram säkra data om polisens kostnader för LOB har vi fått uppskatta dessa utifrån de tidigare uppgifter som redovisas ovan. Utifrån den uppskattningen blir kostnaden per ingripanden enligt LOB totalt 4 500 kronor varav förvaringen motsvarar 2 500 kronor per person och tillfälle. Det är alltså den senare siffran som används för en beräkning av de minskade kostnaden för staten som ska föras över till regionerna. Övriga kostnader rör då själva omhändertagandena och transport. Vi bedömer att andelen som får tillnyktring i hälso- och sjukvården successivt kommer öka till mellan 70–80 procent. År 1 och 2 från ikraftträdande (tidigast år 2026) bedömer vi att totalt 40 procent av omhändertagandena enligt LOB, tillnyktrar på en vårdinrätt-

ning för att sedan öka till 60 procent år 3 och till 70 procent år 4. Detta ger regionerna viss möjlighet att ställa om verksamheten och både Polismyndigheten och hälso- och sjukvård kan behöva utbilda personal i nya rutiner och liknande.

Vi anser dock att detta kan bli betungande för regionerna om det sker samtidigt som de övriga förslag vi lämnar ska genomföras. Därför bedömer vi att regeringen med stöd av remissinsatsernas synpunkter bör ta ställning till om det är möjligt att genomföra förslaget tillsammans med övriga förslag, eller om det i stället ska genomföras senare eller under en längre tidsperiod än den vi beräknar här.

Här räknar vi åren på ett annat sätt än i kapitlet i övrigt. I tabellen nedan är första kolumnen ikraftträdandeåret.

Tabell 10.4 Ökat antal personer som tas till en vårdinrättning efter omhändertagande enligt LOB

	År för ikraftträdande (år 3 från beslut)	År 4	År 5	År 6	Permanent
Ökat antal personer som får vård	9 176	Samma som föregående år	30 586	35 685	35 685
Kostnad som ska överföras	23 miljoner kronor	23 miljoner kronor	76 miljoner kronor	76 miljoner kronor	76 miljoner kronor

Finansiering av den samordnade vård- och stödverksamheten

Vi föreslår att staten ska ta det finansiella ansvaret för de samordnade vård- och stödverksamheterna som regioner och kommuner enligt vårt förslag i delbetänkandet ska vara skyldiga att bedriva. Vi har i delbetänkandet bedömt att verksamheten visserligen inte ska anses vara ett sådant nytt åtagande som ska finansieras av staten. Däremot ser vi andra skäl för en statlig finansiering. Verksamheten, som vi anser är en nödvändig del av reformen, innebär ett nytt sätt att organisera arbetet som inledningsvis kan vara utmanande för regioner och kommuner. Vi har också konstaterat ovan att verksamheten är en samhällsekonomiskt lönsam insats. De samhällsekonomiska vinsterna uppstår inte bara i regioner och kommuner utan också i statliga verksamheter som till exempel rättsväsendet. Därför gör vi bedöm-

ningen att staten bör bekosta vård- och stödverksamheten. Medlen kan delvis tas från det utrymme som frigörs genom att statens kostnader för institutionsvården minskar. Vi föreslår att staten ska finansiera de samordnade vård- och stödverksamheterna genom ett riktat bidrag under fem år och att permanent finansiering sker från år 6 genom att det generella statsbidraget höjs med 150 miljoner för regionerna och 150 miljoner för kommuner. Under år 1–3 föreslås finansiering uppgå till 200 miljoner kronor per år, för att höjas till 300 miljoner kronor från år 4. Skälen till det är att vi bedömer att det framförallt kommer ske förberedelser och utvecklingsarbete under dessa år och det inte är rimligt att anta att regionerna och kommunerna kan bedriva ett fullt utbyggt verksamheter förrän år 4. Summan har beräknats till ett högre belopp än vad som motsvarar storleken på målgruppen för verksamheten så som vi beräknade den i delbetänkandet. Regioner och kommuner kan därför använda medlen för att utöka målgruppen i den samordnade vård- och stödverksamheten eller för andra former av mellan huvudmännen integrerade verksamheter för personer med skadligt bruk eller beroende och annat psykiatriskt tillstånd. Det kan till exempel röra verksamheter som ger samordnade insatser till unga med ett skadligt bruk eller beroende. Om medlen används i den samordnade vård- och stödverksamheten så gäller dock bestämmelserna om avtalsamverkan i 10 § lagen om samordnad vård- och stödverksamhet endast för den i lag utpekade målgruppen.

I delbetänkandet föreslår vi att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska initiera en vetenskaplig utvärdering av den samordnade vård- och stödverksamheten. Myndigheten föreslås även få i uppdrag att utvärdera reformens genomförande. För att dessa uppdrag ska vara möjligt att genomföra, bedömer vi att finansieringen av de samordnade vård- och stödverksamheterna behöver ske genom ett riktat bidrag under fem år.

Beräkning av patientavgifter för LPT

Vi föreslår inte att patientavgiften i tvångsvård ska avskaffas men bedömer att det finns starka skäl som talar för det. Vi har därför gjort en beräkning som regeringen kan utgå ifrån om man väljer att lämna ett sådant förslag till riksdagen. Enligt de uppgifter vi fått från Social-

styrelsen var den genomsnittliga vårdtiden i LPT 26 dagar och antalet vårdtillfällen var 20 600 under 2020. Det innebär att cirka 536 000 vårddygn bestod av vård enligt LPT och vi beräknar under avsnitt 10.1.1 att det kommer öka med drygt 60 000. Avgiften för vård på sjukhus är maximalt 110 kronor per dag. Multiplicerat med antalet vårddygn innebär det potentiella intäkter på 66 miljoner kronor årligen.

I LRV vårdades 1 900 patienter och den genomsnittliga vårdtiden är över ett år, vilket innebär att regionen har årliga intäkter för avgift för vård enligt LRV på cirka 76 miljoner kronor. Som vi beskrivit ovan är det vissa regioner som avskaffat avgifter för LPT och LRV medan andra har kvar avgifter. Detta innebär att det blir ojämnt för patienterna beroende på vilken region man är bosatt. Dessutom kan man ifrågasätta om det är etiskt att en person kan bli utskriven från tvångsvård med en skuld till samhället för vårdavgifter. Om regeringen gör bedömningen att vårdavgiften ska avskaffas så ska regionerna i enlighet med finansieringsprincipen ersättas med 142 miljoner kronor årligen.

Sammanställning av ekonomiska konsekvenser för staten

I delbetänkandet föreslås uppdrag som sträcker sig till och med år sju efter beslut och därför redovisas år 1–7 i denna tabell, trots att vi i kapitel 12 föreslår ett stegvist genomförande under fem år. I tabellen nedan anges statens kostnader för finansiering av de samordnade vård- och stödverksamheterna som en ekonomisk konsekvens av förslagen i detta betänkande, eftersom vi föreslår en högre summa samt att finansiering ska bli permanent. I delbetänkandet bedömde vi att tre uppdrag skulle kunna ges innan beslut fattats i riksdagen om reformen i sin helhet. Året innan riksdagsbeslut redovisas inte i denna tabell.²⁶

²⁶ År 2 i tabell 15.1 i delbetänkandet motsvarar år 1 i denna tabell.

Tabell 10.5 Ekonomiska konsekvenser för staten. Nettokostnader*

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	Perma- nent
Avveckling LVM	0	0	-314	-374	-374	-374	-374	-374
Statsbidrag kommun	0	0	-425	-535	-535	-535	-535	-535
Statsbidrag regionerna	0	0	572	580	633	633	633	633
Tvångsvårds-kommission	0	15	15	15	15	15	15	15
Sysselsättnings-insatser	0	20	20	20	20	20	20	20
Statlig utredning	3	3	0	0	0	0	0	0
Regeringsuppdrag	9	9	9	0	0	0	0	0
LOB	0	0	-23	-23	-76	-76	-76	-76
Stimulansmedel**	200	200	200	300	300	300	300	300
Totalt betänkande	212	247	54	-17	-17	-17	-17	-17
Totalt SOU 2021:93	264	264	386	386	381	174	174	172
Totalt reform	476	511	440	369	364	157	157	155

Anm. *Positiva tal medför ökade kostnader. Negativa tal medför minskade kostnader eller ökade intäkter.

**Vård och stödverksamhet totalt inkl. medel i SOU 2021:93.

Källa: Egna beräkningar.

10.11 Kostnader, intäkter och andra konsekvenser för regionerna

Bedömning: Regionerna ersätts för ökade kostnader för psykiatrisk slutenvård inklusive psykiatrisk tvångsvård samt överföring av medel från stat till region för LOB med 633 miljoner kronor per år. Med anledning av våra förslag bedöms vårddygnet i psykiatrisk slutenvård öka mellan 6–7 procent vilket motsvarar cirka 170 slutenvårdsplatser per år. Regionerna får även del av de medel som förslås till de nya vård- och stödverksamheterna.

Tillgången till specialiserad beroendevård både i slutenvård och öppenvård skiljer sig åt mellan regionerna, vilket innebär att kraven på anpassning till våra förslag i båda betänkningarna kommer se olika ut i regionerna. För att en utveckling av psykiatri inklusive beroendevården och det utökade uppdraget enligt LOB ska vara möjligt krävs personal med rätt kompetens. Vi bedömer att kompetensförsörjningen inom stora delar av hälso- och sjukvården

kommer vara ett fortsatt problem. Detta måste hanteras med åtgärder på flera områden samtidigt.

Det nya åtagandet om psykiatrisk tvångsvård enligt LPT samt överföring av statens minskade kostnader för LOB finansieras med ökade statsbidrag (633 miljoner kronor). Regionerna erhåller även ett riktat bidrag till att vård- och stödverksamheterna.

10.11.1 Regionernas kostnader för psykiatri

Vi kan konstatera inledningsvis att statistiken över vårdtid enligt LPT är bristfällig. Regioner inkluderar olika typer av vårdformer i sin inrapportering till Socialstyrelsen. Till exempel inkluderar endast vissa regioner den öppna tvångsvården i vårdperioderna. När det gäller kostnader för vård dygn i psykiatrin utgår vi därför från kostnaderna per vård dygn för specialiserad psykiatrisk slutenvård för vuxna enligt tabellen nedan.

Tabell 10.6 Specialiserad psykiatrisk slutenvård för vuxna*

	År 2019	År 2020	År 2021
Medelvårdtid, i antal dagar	9,2	8,4	8,5
Vård dygnskostnad, kr	7 922	8 813	9 047
Kostnad per vårdtillfälle, kr	82 654	87 463	87 653

Anm.*Data saknas för Stockholm, Jämtland-Härjedalen och Gotland.

Källa: KPP-databas Psykiatri Sveriges Kommuner och regioner

Regionernas kostnader för specialiserad psykiatrisk vård uppgick till drygt 26,1 miljarder kronor 2021.²⁷ Kostnaderna för psykiatrisk slutenvård uppgick till drygt 10 miljarder kronor.²⁸

²⁷ SCB, Kostnader per verksamhetsområde för regioner 2017–2021.

²⁸ I slutenvård ingår vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatri. SCB, Räkenskapssammandrag för kommuner och regioner 2021.

Vårdtider i psykiatrisk tvångsvård

Den data som finns om tvångsvård enligt LPT visar att män i genomsnitt hade en vårdtid på 42 dagar och kvinnor en vårdtid på 38 dagar under åren 2015–2019.²⁹ Den statistik som Socialstyrelsen har tagit fram på uppdrag av utredningen visar på en genomsnittlig vårdtid på 26 dagar (under perioden 2015–2021). Nedan kommer vi visa på hur vi beräknat målgruppen storlek och antalet vårddygn när det gäller personer med ett allvarligt skadligt bruk eller beroende.

Målgruppens storlek och ökning av antalet vårddygn

Inledningsvis kan vi konstatera att tvångsvård enligt LPT i praktiken delvis är annorlunda uppbyggd än enligt LVM. Under LVM vårdas man under ett antal månader på särskilda institutioner där få eller inga vårdas frivilligt. Vård enligt LPT är ofta kortare och sker vanligtvis på samma avdelningar där annan sluten psykiatrisk vård ges. Så snart förutsättningarna inte längre är uppfyllda enligt LPT, ska tvångsvården upphöra men patienten kan bli kvar på en slutenvårdsavdelning för fortsatt frivillig vård. Likaså kan frivillig slutenvård konverteras till LPT om förutsättningarna för detta är uppfyllda. Av detta följer att det inte är möjligt att särskilja vad som rör kostnaderna för tvångsvård enligt LPT och vad som avser frivillig psykiatrisk slutenvård. Detta är till exempel fallet när det gäller kostnader för ett vårddygn.

Beräkningarna bygger således på antal vårddygn i psykiatrisk slutenvård oavsett om den vården sker med samtycke eller inte. Vi bedömer att våra förslag, i delbetänkandet och i det här betänkandet, kommer innebära fler vårddygn i psykiatrisk slutenvård än i dag, inklusive psykiatrisk tvångsvård. Vi kommer därför beräkna kostnader och vårdplatser utifrån en större målgrupp än enbart dem som vårdas enligt LVM i nuläget. Vi går nedan igenom hur vi beräknat målgruppens storlek, vårdtider och vårddygn.

Som framgår nedan räknar vi med att personer som i nuvarande system skulle ha fått vård enligt LVM får psykiatrisk slutenvård i stället med vårt förslag, men kortare tid. Vi bedömer också att vissa personer som i dag inte vårdas i den psykiatriska slutenvården kommer att göra det enligt våra förslag men då med mycket korta tider. Vi

²⁹ Socialstyrelsen 2021, Tvångsvård enligt LPT.

bedömer slutligen att personer som redan i dag tvångsvårdas enligt LPT kan få sin vårdtid i slutenvård förlängd med några dagar.

Våra beräkningar av antalet personer som kan få vård i psykiatrisk slutenvård inklusive LPT bygger i huvudsak på tre källor:

1. Antalet personer som vårdas enligt LVM 2021,
2. Socialstyrelsens rapport över narkotikarelaterade förgiftningsfall 2017, och
3. Antalet personer som i dag vårdas enligt LPT med primär diagnos psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser.

Det är inte möjligt att säkert konstatera hur stor målgruppen kommer att vara i ett nytt system, utan beräkningarna nedan ska ses som uppskattningar utifrån de data och övrig information vi har tillgång till. I kapitel 7 redogör vi för hur långa vi antar att vårdtiderna i psykiatrisk slutenvård, inklusive tvångsvård, i genomsnitt kommer att vara i det system vi föreslår. Vi konstaterar att vårdtiderna i psykiatrisk slutenvård kan variera. Patienterna kan vara personer som vårdas ett par dagar efter en överdos och som inte vill ha eller har behov av fortsatt stöd eller behandling vård på sjukhus. Det kan också vara vård som pågår flera månader till exempel för en person med psykosjukdom och skadligt bruk eller beroende som lever under utsatta sociala förhållanden och som förhåller sig negativ till vård- och stödsatser. Men kravet på att det skadliga bruket eller beroendet ska vara av en sådan grad att påtaglig risk för liv och hälsa föreligger, och att det ska finnas ett oundgängligt behov av vård på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård, kommer att leda till att de genomsnittliga vårdtiderna i tvångsvården blir betydligt kortare än vad som i dag är fallet i LVM.

Antal personer och vårddygn

En beräkning av antalet vårdtillfällen i psykiatrisk slutenvård, inklusive tvångsvård på grund av skadligt bruk eller beroende måste som framgått ovan bygga på antaganden. Dessa tar sin utgångspunkt i storleken på den grupp som får vård enligt LVM i dag och hur lång vårdtiden för den gruppen antas kunna bli med hänsyn till de förut-

sättningarna för tvångsvård, De tar också sin utgångspunkt i att tillämpningen av LPT med våra förslag jämfört med i dag ökar möjligheten att tillämpa tvångsvård i situationer som påtagligt hotar liv och hälsa och där det finns ett oundgängligt vårdbehov. Dessutom stärker våra förslag vårdens skyldighet att erbjuda frivillig vård i sådana situationer. Detta sammantaget ökar antalet slutenvårdstillfällen. För att beräkna dessa har vi utgått från Socialstyrelsens rapportering om de personer som vårdas på grund av förgiftning. Vi konstaterar att i den gruppen finns subgrupper som i dag inte blir föremål för psykiatrisk heldygnsvård men som skulle kunna bli det enligt de förutsättningar vi föreslår. I gruppen som vårdas för förgiftning finns även subgrupper som kan antas bli föremål för vård i psykiatri även enligt gällande bestämmelser, men där vårdtiden kan bli något längre när allvarligt skadligt bruk eller beroende kompletterar allvarlig psykisk störning som förutsättning för tvångsvård enligt LPT, och när vården får en skyldighet att ansvara för all behandling av skadligt bruk eller beroende. Slutligen har våra beräkningar tagit hänsyn till att vissa personer som i dag vårdas i psykiatrisk tvångsvård kan komma att få något längre vårdtider då de efter det att de inte längre anses lida av en allvarlig psykisk störning, fortfarande har ett allvarligt skadligt bruk eller beroende.

Många av våra förslag i både detta betänkande och vårt delbetänkande syftar till att skapa sammanhållna insatser utifrån individens behov. På sikt kan detta leda till minskat behov av tvångsvård. Den samordnade vård- och stödsamordningen vi föreslår kan i sig leda till färre och kortare vårdtider i psykiatrisk slutenvård. Detta innebär att vårddygnen i psykiatrisk tvångsvård och i frivillig slutenvård beräknas komma att minska framöver. Vi har dock valt att beräkna kostnaden för regionerna som följer av våra förslag utan att ta hänsyn till dessa effekter.

LVM

År 2021 skedde 865 intagningar på LVM-hem.³⁰ Utgångspunkten för våra beräkningar är, som framgår ovan, att personer som med dagens regler vårdas enligt LVM, i stället kommer att beredas vård i

³⁰ SiS, 2022, SiS i korthet 2021.

hälso- och sjukvården och kan komma att tvångsvårdas enligt LPT eller ges frivillig sluten psykiatrisk vård.

Resonemanget bygger på att förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT med de ändringar vi föreslår i kapitel 7 kommer att vara uppfyllda i dessa fall. Detta gäller först inledningsvis när abstinensbehandling och andra akuta åtgärder krävs, och sedan under en tid därefter när tillståndet ska stabiliseras, behandling inledas och fortsatt planering ske. Vi gör bedömningen att dessa personer kommer ha en genomsnittlig vårdtid på 6 veckor. För patienter som är väl kända av vården och har upparbetade vård- och stödkontakter kan detta ta kortare tid än sex veckor. I andra fall kan behovet av utredning eller skapande av behandlingsallians göra att det tar längre tid. Ibland kan vården övergå till frivillig vård relativt snabbt under vårdtiden.

Narkotikarelaterade förgiftningsfall:

Enligt en rapport från Socialstyrelsen kom 11 856 personer till en akutmottagning på grund av en förgiftning som orsakats av narkotikaklassade läkemedel, illegal narkotika eller blandningar av dessa år 2017.³¹ Socialstyrelsen delade in gruppen i subpopulationerna sam-sjuklighet (41 procent), psykiatriska tillstånd (25 procent), substansrelaterade diagnoser (10 procent) och övriga (24 procent). Unga vuxna 20–29 år var den största åldersgruppen i alla subpopulationerna. Av de 1131 personer som hade substansrelaterade diagnoser hade 89 procent vårdats i specialiserad vård året före akutbesöket.

Av samtliga de personer som kom till akuten med narkotikarelaterad förgiftning 2017 visar statistik att:

- var tredje (33 procent) lämnade sjukhuset direkt från akuten,
- nästan var tredje (30 procent) fick medicinsk slutenvård och skrevs därefter ut,
- drygt var tredje (35 procent) fick psykiatrisk slutenvård, de flesta (21 procent) direkt från akuten och resterande (14 procent) fick först medicinsk slutenvård.

³¹ Larsson Lindahl, 2022, Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019 dnr Komm 2020/00612/S 2020:08 och Ahlborn, Sven-Eric; Berglund, Kristina; Boson, Karin; Gerdner, Arne (2022). Välja väg – Utredning, stöd och behandling vid alkohol- och narkotikaberoende.

Medicinsk slutenvård är vanligast vid narkotikarelaterade förgiftningar, där 44 procent fick sådan vård. Medianvårdtiden i medicinsk slutenvård efter förgiftning var två dygn. Drygt 4 procent fick LVM-vård inom ett år från akutbesöket och det var vanligast i gruppen med samsjuklighet.

Vi har med utgångspunkt från siffrorna i rapporten gjort beräkningen att cirka 1 800 personer kommer få vård i psykiatrisk heldygnsvård i snitt 7 dagar längre än i dag, och ytterligare 1 800 personer ha 2 dagars längre vårdtid i snitt.

Antalet personer som kan få 2 eller 7 dagars längre vårdtid i snitt har vi uppskattat genom att börja med att sortera bort följande subpopulationer;

- Personer med psykiatriska tillstånd som enligt Socialstyrelsens registerstudier redan i dag kan bli föremål för vård enligt regleringen i LPT,
- Personer med vissa övriga tillstånd som vi som regel bedömer inte har behov av psykiatrisk tvångsvård.

Vi har alltså utgått ifrån att det framför allt är i subpopulationerna med samsjuklighet eller substansrelaterade diagnoser, som det kan bli aktuellt med LPT eller frivillig vård på grund av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende enligt det system vi föreslår. Subpopulationerna substansrelaterade diagnoser och samsjuklighet, som vi bygger beräkningarna nedan på, bestod av 6 040 individer. Av dessa 6 040 individer har vi sorterat bort personer som fått vård enligt LVM inom ett år från akutbesöket eftersom de redan finns med i den grupp som ovan beräknats ha behov av tvångsvård. Det var 66 patienter med substansrelaterade diagnoser respektive 369 patienter med samsjuklighet som vårdades enligt LVM inom ett år. Av 4 540 kvarvarande patienter hade 71 procent vårdats inom både öppen och sluten specialiserad vård, vid 10 vårdtillfällen (medianvärde) under året. 54 procent av personerna med substansrelaterade diagnoser hade vårdats inom både öppen och sluten specialiserad vård, vid 6 vårdtillfällen. Vi bedömer att det framför allt är för gruppen som saknar kontinuerliga och täta vårdkontakter i frivillig vård, som det kan vara aktuellt med fler vård dygn. Det skulle innebära att 1 317 personer i subpopulationen med samsjuklighet ($4\,540 \times 0,29$) och 489 personer ($1\,065 \times 0,46$) med

substansrelaterade diagnoser som skulle få en förlängd vårdtid på 7 dagar.

Vi bedömer att i dessa fall kan det efter förgiftningen föreligga ett tillstånd som är av sådan grad att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda eller som kommer att ta emot frivillig vård när de erbjuds sådan. Andelen avlidna under året efter förgiftningen med narkotika-relaterad underliggande eller bidragande dödsorsak är hög hos båda subpopulationerna (2,26 procent för substansrelaterade diagnoser och 2,41 procent för personer med samsjuklighet). Vårdbehovet efter en narkotikarelaterad förgiftning kan till exempel bestå i abstinens-behandling, råd om hur förgiftningar ska undvikas igen, eventuellt inledande av utredning om LARO-behandling, kontakt med socialtjänsten, somatiska insatser om patienten samtycker och erbjudande om fortsatt behandling i frivillig form. Vissa i gruppen kommer inte ta emot fortsatt behandling och efter någon dag vara i ett sådant tillstånd att förutsättningarna för tvångsvård inte längre är uppfyllda. Andra kommer visa sig ha ett sådant allvarligt skadligt bruk eller beroende exempelvis på grund av allvarliga somatiska komplikationer eller ett så påtagligt riskfyllt förhållningssätt till sitt bruk att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda i ett par veckor och i vissa fall längre. Mot den bakgrunden anser vi att sju dagars förlängd vårdtid i genomsnitt är ett rimligt antagande.

Även de delar av subpopulationerna samsjuklighet och substansrelaterade diagnoser som hade täta kontakter med öppen och slutenvård året innan akutbesöket har vi sorterat bort från dem som bedöms ha behov av 7 dagars längre vårdtid, eftersom vi med stöd av Socialstyrelsens registerstudie utgått ifrån att de redan får vård enligt dagens regler. Men av de personerna har vi bedömt att cirka 30 procent (cirka 1 700 personer) och en mindre andel av övriga grupper (100 personer) har behov av en något förlängd vårdtid och här har vi valt att räkna med en förlängd vårdtid på 2 dagar i snitt. Den förlängda vårdtiden syftar till att kunna stabilisera patienten och ge vården möjlighet att kontakta och planera fortsatta insatser hos patientens vårdkontakter.

Förlängd vårdtid för personer som vårdas enligt LPT för beroenderelaterade diagnoser

Enligt Socialstyrelsens statistik över tvångsvården 2021 fick 1 896 personer vård enligt LPT på grund av psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser. En vanlig orsak till LPT för målgruppen är psykos utlösta av psykoaktiva substanser. En drogutlöst psykos kan snabbt passera och då faller indikationen för LPT. Med vårt förslag kan målgruppen fortsatt vårdas enligt LPT om förutsättningarna för ett allvarligt skadligt bruk eller beroende, liksom övriga förutsättningar för tvångsvård, är uppfyllda. Vi gör ett antagande att 1 000 personer kommer behöva fortsatt vård efter att den drogutlösta psykosen eller motsvarande klingat av, och att vården kan behöva pågå i snitt fem dagar längre än i dag. På så sätt kan ytterligare stabilisering ske och en ordnad utskrivning med insatser i öppenvård och i förekommande fall socialtjänstinsatser ske. Vidare bedömer vi att ytterligare 800 personer av de som vårdas enligt LPT kan få förlängd vårdtid i psykiatrisk heldygnsvård med anledning av våra förslag, då det finns ytterligare personer i målgruppen som har ett skadligt bruk eller beroende, utöver de som har det som intagningsorsak.

Tabell 10.6

Patientgrupp	Antal	Vårddygn	Kostnad vård dygn
LVM	865	36 330	329 000 000 kr
Akut förgiftning narkotika 7 dagar	1800	12 600	114 000 000 kr
Akut förgiftning narkotika 2 dagar	1800	3 600	33 000 000 kr
Förlängd vård för personer i LPT med substansrelaterade diagnoser 5 dagar	1800	9 000	81 000 000 kr
Totalt	6 265	61 530	557 000 000 kr

Vårdplatser

Beräkningarna av vårt förslag innebär att antalet vård dygn i den psykiatriska tvångsvården ökar med knappt 62 000 dygn. Enligt statistiken för kostnad per patient (KPP), som SKR ansvarar för, rappor-

terades cirka 660 000 slutenvårdsdygn inom psykiatrin 2021. Databasen för KPP saknar dock data för Stockholm, Gotland och Jämtland. Om antalet slutenvårdsdygn inom psykiatrin per person ligger på samma nivå i dessa tre regioner som i övriga landet beräknas de totala antalet slutenvårdsdygn i stället ha varit 886 000 dygn år 2021. En ökning med 62 000 vård dygn medför därför en ökning av antalet vård dygn i riket med 7 procent. Detta motsvarar 170 slutenvårdsplatser inom psykiatrin. Vårdplatser i psykiatrisk slutenvård har varit relativt konstant i antal sedan 2005. Detta ska dock sättas i relation till att befolkningen ökat cirka 14 procent mellan 31 december 2005 och 31 december 2021. 2021 fanns totalt 4 338 slutenvårdsplatser i psykiatrin, varav av 2 950 i vuxenpsykiatri som inte bedrivs på rättspsykiatriska kliniker. Andelen vårdplatser med anledning av våra förslag skulle då öka med cirka 6 procent.

Kostnader och överföring av medel

Tabell 10.7 visar de sammantagna ekonomiska effekterna för regionerna som en konsekvens av utredningens båda betänkanden. Positiva tal i tabellen innebär ökade kostnader och negativa tal innebär minskade kostnader eller ökade intäkter till sektorn. Det negativa utfallet på sista raden i tabell 10.8 innebär minskade sammantagna nettokostnader för regionerna.

De nya åtagandena om psykiatrisk tvångsvård enligt LPT respektive överföring till regionerna med anledning av statens minskade kostnader för personer som omhändertas enligt LOB finansieras med ökade statsbidrag (633 miljoner kronor). Regionerna erhåller även medel till att vård- och stödverksamheterna. Vi föreslår att staten ska finansiera de samordnade vård- och stödverksamheterna med ett riktat statsbidrag under fem år och sedan permanent genom en förstärkning av de generella statsbidragen. Se avsnitt 10.10.2.

Kostnadsfördelningen för att regionerna ska ansvara för hälso- och sjukvård för personer som är placerade på HVB, regleras i delbetänkandet. I delbetänkandet tog vi dock inte hänsyn till att kommunerna kan få minskade kostnader för HVB-placeringar, eftersom mer av vården kommer ske inom regionen eller i öppna insatser i personens närmiljö. Skälet till det är att det inte går att bedöma hur mycket placeringar av HVB kan komma att minska med anledning

av våra förslag. Vi bedömer dock att våra förslag med säkerhet kommer att leda till att kommunen även får minskade kostnader för HVB under § 27-placeringar. Exakt hur många dygn under heldygnsomhändertagande i HVB som minskar, är inte möjligt att fastslå eftersom en HVB-placering även kan bli aktuell under öppen psykiatrisk tvångsvård. Dessutom kan de vanligtvis kortare vårdtiderna enligt LPT, leda till att en HVB-placering kan bli aktuell efter kortare tid i tvångsvård jämfört med i dag. Vi anser att oavsett i vilken utsträckning kommunerna får minskade kostnader på grund av färre HVB-placeringar, så ska dessa medel inte omfördelas mellan huvudmännen och inte heller ge minskade statsbidrag för kommunerna. Medlen ska användas för att kommunerna ska kunna hitta lösningar och metoder för boende och sysselsättning i personens närmiljö och utveckla övriga frivilliga insatser för målgruppen. Förslaget i avsnitt 6.5 om att hälso- och sjukvårdens ansvar ska förtydligas för alla som placeras utanför egna hemmet, syftar till att tydliggöra regionens ansvar för personer som är placerade på till exempel ett familjehem.

Tabell 10.7 Ekonomiska konsekvenser för regionerna. Nettokostnader*

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	Permanent
LVM övergår till LPT	0	0	323	331	331	331	331	331
Förlängd vårdtid LPT	0	0	226	226	226	226	226	226
LOB	0	0	23	23	76	76	76	76
Riktade bidrag**	-100	-100	-100	-150	-150	-150	-150	-150
Statsbidrag	0	0	-572	-580	-633	-633	-633	-633
Totalt betänkande	-100	-100	-100	-150	-150	-150	-150	-150
SOU 2021:93								
Nytt åtagande	0	0	122	122	122	122	122	122
Statsbidrag	0	0	-122	-122	-122	-122	-122	-122
Nytt åtagande från kommun	0	0	1 043	1 043	1 043	1 043	1 043	1 043
Skatteväxling från kommun***	0	0	-1 043	-1 043	-1 043	-1 043	-1 043	-1 043
Stimulansmedel	-103	-103	-103	-103	-103	0	0	0
Totalt SOU 2021:93	-103	-103	-103	-103	-103	0	0	0
Totalt reform	-203	-203	-253	-253	-253	-150	-150	-150

Anm. *Positiva tal medför ökade kostnader. Negativa tal medför minskade kostnader eller ökade intäkter.

**Vård och stödverksamhet totalt inkl. medel i SOU 2021:93.

***Alternativ 2 enligt SOU 2021:93.

Källa: Egna beräkningar.

Redovisningen av ekonomiska konsekvenser enligt delbetänkandet rör stimulansmedel för genomförande av reformen, skatteväxling från kommun till regionen med anledning av förslaget att regionen ska ansvara för all behandling vid skadligt bruk och beroende samt finansiering av nya åtaganden för att bedriva sprututbytesverksamheter samt för avskaffande av patientavgifter för deltagare i den samordnade vård- och stödverksamheten. Skatteväxlingen ska ske från ikraftträdande (år 3). Finansiering av de samordnade vård- och stödverksamheterna redovisas som en ekonomisk konsekvens att förslagen i detta betänkande. I de redovisade stimulansmedlen på 103 miljoner kronor för kostnader från delbetänkandet, ingår 3 miljoner kronor

som vi föreslår ska fördelas till SKR genom en överenskommelse i syfte att stödja implementeringen av reformen.

10.11.2 Övriga konsekvenser för regionerna

Bemanningen av det ökade antalet slutenvårdsplatser som våra förslag innebär kan vara en påtaglig konsekvens för regionerna. Den omställning som sker i hälso- och sjukvården till nära vård, kan dock på sikt påverka behovet av slutenvårdinsatser i och med att fler insatser ges i öppna former i patienten närmiljö. En fungerande planering, adekvata behandlingsinsatser i en sammanhållen vårdkedja och en samordnad vård- och stödverksamhet kan också leda till minskat behov av slutenvårdsplatser på sikt för målgruppen.

Kompetensförsörjning

Även om regionerna fullt ut kompenseras för sitt nya åtagande kan förslagen medföra konsekvenser på andra sätt. De nya vårdplatserna ska bemannas vilket redan i dag är problematiskt för hälso- och sjukvården generellt. Särskilt stor är bristen på specialistsjuksköterskor. Det gäller inom psykiatrin och i andra vårdgrenar. Samtliga regioner bedömer inom ramen för Socialstyrelsens nationella planeringsstöd att efterfrågan på yrkesgruppen är väsentligt högre än tillgången.³² Av Socialstyrelsens rapportering framgår också att sjukfrånvaron bland legitimationsyrkena i hälso- och sjukvården är hög. Orsakerna bedöms vara psykosocial belastning, fysisk belastning och hot och våld. Även när det gäller läkare som är specialister i psykiatri är tillgången väsentligt mindre än efterfrågan. Psykologer har också i våra dialoger med verksamhetsföreträdare pekats ut som en grupp som är svåra att rekrytera, särskilt utanför storstadsområdena. Ovan har vi bedömt att våra förslag kan innebära ett behov av cirka 170 slutenvårdsplatser, vilket är en ökning av antalet nuvarande slutenvårdsplatser inom vuxenpsykiatrin med 6–7 procent. Samtidigt har vi bedömt 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.

³² Socialstyrelsen, 2022, Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård.

Det ska också ställas i relation till det behov av medarbetare som hela hälso- och sjukvårdssektorn har de närmaste åren. I avsnitt 6.3 resonerar vi om vilka strategier som kan användas för att hantera den utmaning som kompetensförsörjningen innebär.

Utvecklingsbehov i öppen- och slutenvård

Vi har i avsnitt 9.2.3 delbetänkandet bedömt att en specialiserad beroendevård, som kan ingå i den psykiatriska vården eller vara i en egen organisation, är en viktig del av den stegvisa vården. Uppgifter från enkäten som vi redovisade i delbetänkandet visar att 16 regioner i dag har specialiserad beroendevård för vuxna med uppdrag som omfattar hela regionen, tre regioner har för delar av regionen och i två regioner ingår det att erbjuda beroendevård i allmänpsykiatriens uppdrag. Uppgifter från enkäten visar också på att tre regioner inte angett att de hade några slutenvårdsplatser för vuxna med skadligt bruk eller beroende den 31 december 2021. Med specialiserad beroendevård avsågs i detta sammanhang verksamhet/klinik/enhet/mottagning som har särskilt uppdrag och specialistkompetens inom området skadligt bruk och beroende.

Specialiserad öppenvård

Vårt förslag i delbetänkandet att regionen ska ansvara för all behandling av skadligt bruk eller beroende innebär konsekvenser för de regioner där specialiserad öppenvård saknas. Ett naturligt första steg i det utvecklingsarbete som krävs i dessa regioner är att inleda en nära dialog med kommunerna om de resurser som finns i deras verksamheter. Samarbetet mellan regionerna och kommunerna måste också i övrigt anpassas till vilka resurser som finns i respektive verksamhet. Varje region behöver också ta ställning till vilka förutsättningarna det finns att bygga upp en specialiserad beroendevård och vilka uppdrag den ska ges och vilka resurser den ska ha. I vissa regioner kan förutsättningarna att bygga upp särskilda kliniker vara begränsade. Då kan konsultteam vara en del av lösningen. Även uppdraget till och resursbesättningen av den samordnade vård- och stödverksamheten kan se olika ut i olika regioner och vara en del av lösningen. En möjlighet är att koncentrera specialistresurserna till den verksamheten, och ge det

övriga uppdraget att behandla skadligt bruk och beroende till primärvården, förstärkt med resurser som i dag finns i kommunen. I större regioner kommer inte sådana lösningar vara aktuella. Där finns redan specialiserade kliniker och då är det ofta gränsdragningen mot och samarbetet med övrig specialistpsykiatri som hamnar i fokus. Även digitala lösningar kommer att behöva utvecklas och erbjudas till olika patientgrupper. Behandling på distans, rådgivning via chatt och olika typer av stödjande applikationer finns redan i regioner, kommuner och privata verksamheter. När behandlingsansvaret samlas hos regionen kommer förutsättningarna att hålla samman en sådan utveckling att öka.

Primärvården

Även primärvårdens uppdrag när det gäller skadligt bruk eller beroende kan behöva ses över. I delbetänkandet konstaterade vi att primärvården redan är en pressad verksamhet där medarbetarna ofta upplever en obalans mellan krav och resurser. Därför är det särskilt viktigt att det görs bedömningar av om det finns kompetens inom socialtjänsten som bör finnas i primärvården i stället. Det kommer också krävas ett utvecklat samarbete mellan specialistverksamheter i beroende och psykiatri å ena sidan, och primärvården å den andra. I rapporten *Nära vård för psykisk hälsa* som gavs ut av SKR hösten 2022 beskrivs konceptet samarbetsvård. Det är ett strukturerat teamarbete mellan olika vårdnivåer kring patienter med ångest och depression. En viktig kompetens i arbetet är vårdsamordnaren som är en sjuksköterska på vårdcentralen. Samordnarens uppdrag är att hålla samman vårdprocessen och följa patientens vård. En annan viktig funktion är konsultpsykiatrikern som finns knuten till varje vårdcentral. Genom den funktionen ges möjligheter till direktkontakt mellan primärvården och psykiatri i stället för att verksamheterna skickar remisser mellan sig. Vi gör bedömningen att samarbetsvård skulle vara en fungerande modell även för personer med skadligt bruk eller beroende. Det gäller särskilt eftersom det är vanligt med samsjuklighet mellan skadligt bruk eller beroende och ångest och depression som är de diagnoser som modellen är utprövad för. Vi anser dock att flera av de förslag vi lämnar kommer underlätta primärvårdens uppdrag. Det gäller exempelvis kravet att behandling av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd ska ske

samordnat. Enligt uppgifter till oss från primärvården förekommer det att patienter inte tas emot av specialistpsykiatri på grund av de utöver det psykiatriska tillstånd som de remitterats för, också har ett skadligt bruk eller beroende. Dessa patienter hamnar i ett mellanrum där primärvården försöker göra så gott de kan utan tillräckliga resurser eller tillräcklig kompetens. Förslaget om samordnad behandling syftar till att motverka sådana situationer. Även vårt förslag om en samordnad vård- och stödverksamhet kan vara en resurs för primärvården exempelvis när deltagare i verksamheten ges somatisk vård. Primärvårdens insatser kan då bli en del av en samordnad planering och det blir inte primärvårdens uppgift att samordna olika insatser utan det görs av vård- och stödsamordnaren i den särskilda verksamheten.

Slutenvård

De regioner som saknar slutenvård för personer med skadligt bruk eller beroende kan initialt ha svårt att möta det vårdbehov som följer av de nya kraven. Samtidigt som vi i avsnitt 6.2 har konstaterat att regionerna har förutsättningarna att vårda målgruppen på ordinarie vårdavdelningar kan det krävas möjlighet till viss differentiering och medarbetare med rätt kompetens. I sådana regioner kan det vara särskilt angeläget att förstärka vårdteamen i slutenvård med yrkesgrupper med särskild kompetens inom beroende, exempelvis socialpedagoger och behandlingspedagoger. Hur dessa regioner ska rustas för sitt uppdrag kommer också vara ett område där samarbete krävs mellan utredaren som ska genomföra SiS omställning, myndigheten själv och den särskilda samordningsfunktionen på SKR.

En sammantagen slutsats är att konsekvenserna för regionerna kommer att skilja sig åt. I kapitel 12 pekar vi på att regioner och kommuner behöver genomföra processen gemensamt i varje region. Vi ger också exempel på vilka steg som behöver tas årsvis under den femåriga genomförandeperioden.

LOB-platser

Vårt förslag om LOB innebär att regionernas hälso- och sjukvård kommer att behöva ha platser för tillnyktringen som motsvarar 35 000 dygn när de nya bestämmelserna tillämpas fullt ut. Regionerna hanterar den tillnyktring de tar ansvar för i dag på olika sätt. Tio regioner har tillnyktringsenheter ofta i samarbete med kommunen. En sådan enhet kan vara bemannad av undersköterskor med möjlighet att få kontakt med sjuksköterskor och läkare vid behov. Ofta är enheten lokaliserad på ett sjukhus. Andra regioner med en mer utbyggd beroendevård tar emot personer för tillnyktring inom ramen för sin slutenvård. Vi menar att regionerna även med vårt förslag kommer att behöva göra på olika sätt. Konsekvenserna av vårt förslag om LOB kan inte bedömas enskilt utan blir en del av ansvaret för behandling av skadligt bruk och beroende som vi föreslår. Därför måste också lösningar för att ta hand om LOB-frågan se olika ut lokalt och regionalt. Vi konstaterar i kapitel 12 att regionerna måste planera för att ta hand om personer som omhändertagits enligt LOB redan de första åren under införandeperioden.

I avsnitt 6.8 bedömer vi dock att regeringen, med stöd av remissinsatsernas synpunkter, bör ta ställning till om det är möjligt att genomföra förslaget tillsammans med övriga förslag, eller om det i stället ska genomföras senare eller under en längre tidsperiod än den vi beräknat ovan i det här kapitlet.

Utbildningsbehov

Det behöver också stegvis ske en kompetensutveckling i regionerna kring skadligt bruk och beroende. Efterfrågan på exempelvis läkare, sjuksköterskor, kuratorer och psykologer som är specialistutbildade inom området kommer att öka. Det kan också behöva planeras för en kompetensutveckling inom området för en del av psykiatrins befintliga personal. Vi ser dock inte det behovet enbart som en konsekvens av våra förslag, utan också som något som följer av kunskapsutvecklingen kring skadligt bruk och beroende som i dag anses som ett behandlingsbart psykiatriskt tillstånd. Det är också en utveckling som redan pågår. Som vi påtalat ovan vårdas många patienter enligt LPT på grund av beroenderelaterade diagnoser. Till exempel

är drogutlösta psykoser ett vanligt tillstånd som kan kräva tvångsvård.

Ett utbildningsbehov som direkt följer av våra förslag är däremot kunskap om den förändrade tvångsvårdslagstiftningen. Av särskild betydelse är att specialister i psykiatri och andra läkare som ska bedöma förutsättningarna för tvångsvård, exempelvis i primärvården, ges tillräcklig kunskap. Fortbildning av medarbetare är ett ansvar för vårdgivaren. Ovan har vi konstaterat att den kompensation som regionerna erhåller för det utökade åtagandet när det gäller tvångsvård är beräknat på ett sätt så att sådana insatser även ska täckas. I avsnitt 6.2 konstaterar vi att det finns anledning för regionerna att finansiera och genomföra en gemensam satsning på fortbildning för läkare i den nya lagstiftningen.

Tillgången till ändamålsenliga lokaler

Enligt HSL ska det där hälso- och sjukvård bedrivs finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för god vård ska kunna ges. Hur utformningen av nya vårdbyggnader kan bidra till bättre vårdresultat är i dag ett internationellt etablerat forskningsfält. Patienter inom psykiatrin vårdas förhållandevis länge och är ofta fysiskt kapabla. Detta ställer särskilt höga krav på en miljö som både skapar välbefinnande och kan ge stimulans och lugn.³³ Miljöer och lokaler i vården måste både kunna bidra till en säker miljö för patienter och personal samtidigt som den bör bidra till patienternas återhämtning.

Att planera vårdmiljöer och säkerställa att det finns god tillgång till ändamålsenliga lokaler för psykiatrisk slutenvård, kräver många gånger långsiktig planering på olika samhällsnivåer. Många aktörer har en roll i detta. Bland annat har Boverket tagit fram information kring vårdmiljöns betydelse i samhället och att den strategiska samhällsplaneringen på dessa nivåer behöver lyfta förutsättningar för vård och hälsa som en viktig grundläggande samhällsservice.³⁴ En förutsättning för detta är en väl fungerade samverkan mellan region och kommun samt med professions- och patientorganisationer.

³³ Chalmers, 2018, Konzeptprogram för lokaler i psykiatri. Kunskapsunderlag för planering.

³⁴ <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/arkitektur-och-gestaltad-livsmiljo/arbetsatt/vardens-miljoer/manniska-och-vardmiljo/> 2022-12-12.

I våra kontakter med verksamhetschefer har vi mött viss oro för att våra förslag ytterligare skulle försvåra en redan ansträngd lokalfråga. Vi konstaterar att det kan vara så, men att stora utmaningar kring vårdbyggnader finns oavsett våra förslag och att de behöver lösas. Utredningen om ökade förutsättningar för framtidens hälso- och sjukvård (SOU 2021:71) har konstaterat att byggandet av sjukhus, dels sällan tar hänsyn till ett nationellt perspektiv och behovet av rikssjukvård, dels är sällanhändelser som kräver särskild kompetens. Utredningen föreslår därför att ett statligt bolag ska äga landets sjukhusfastigheter. Vi tar inte ställning till utredningens förslag men delar deras analys att lokaler i hälso- och sjukvårdens är en fråga som kräver ett helhetsgrepp. De förslag vi lämnar påverkar detta endast i liten grad.

10.12 Kostnader, intäkter och övriga konsekvenser för kommunerna

Bedömning: Kommunerna får minskade kostnader för LVM på 535 miljoner kronor. Medlen ska omfördelas till regionerna för kostnader för psykiatrisk tvångsvård vid allvarligt skadligt bruk och beroende.

Kommunerna får dock del av de medel som förslås till de nya vård- och stödverksamheterna.

Vi bedömer att kommunerna behöver utveckla arbetssätt för socialtjänstens arbete med boende och sysselsättning för målgruppen och avser ge Socialstyrelsen i uppdrag att stödja kommunerna.

10.12.1 Kommunernas kostnader för LVM och frivilliga insatser samt överföring av medel

Konsekvenser som gäller det förändrade huvudmannaskapet för frivilliga insatser från kommunen beskrivs i delbetänkandet. I och med förslagen i det här betänkandet flyttas även ansvaret för tvångsvården över till regionerna. Det innebär således att även socialnämndens ansvar för tvångsvård försvinner inklusive handläggning och uppföljning av tvångsvård för skadligt bruk och beroende. Avgifterna som

kommunerna betalade till SiS för tvångsvård uppgick till 535 miljoner kronor 2021.

Tabell 10.8 visar de sammantagna ekonomiska effekterna för kommunerna som en konsekvens av utredningens båda betänkanden. Positiva tal i tabellen innebär ökade kostnader och negativa tal innebär minskade kostnader eller ökade intäkter till sektorn. Det negativa utfallet på sista raden i tabell 10.8 innebär minskade sammantagna nettokostnader för kommunerna. Det beror på att vi föreslår att staten ska finansiera de samordnade vård- och stödverksamheterna med ett riktat statsbidrag under fem år och sedan permanent genom en förstärkning av de generella statsbidragen. Se avsnitt 10.10.2.

I delbetänkandet tog vi inte hänsyn till att kommunerna kan få minskade kostnader för HVB-placeringar, eftersom mer av vården kommer ske inom regionen eller i öppna insatser i personens närmiljö. Skälet till det är att det inte går att bedöma hur mycket placeringar av HVB kan komma att minska med anledning av våra förslag. Vi bedömer dock att våra förslag med säkerhet kommer att leda till att kommunen även får minskade kostnader för HVB under § 27-placeringar. Exakt antal dygn under heldygnsomhändertagande i HVB som minskar, är inte möjligt att fastslå eftersom en HVB-placering även kan bli aktuell under öppen psykiatrisk tvångsvård. Dessutom kan de vanligtvis kortare vårdtiderna enligt LPT, leda till att en HVB-placering kan bli aktuell efter kortare tid i tvångsvård jämfört med i dag. Vi anser att oavsett i vilken utsträckning kommunerna får minskade kostnader på grund av färre HVB-placeringar, så ska dessa medel inte omfördelas mellan huvudmännen och inte heller ge minskade statsbidrag för kommunerna. Medlen ska användas för att kommunerna ska kunna hitta lösningar och utveckla metoder för boende och sysselsättning i personens närmiljö och utveckla andra frivilliga insatser för målgruppen. Förslaget i avsnitt 6.5 om att hälso- och sjukvårdens ansvar ska förtydligas för alla som placeras utanför egna hemmet, syftar till att tydliggöra regionens ansvar för personer som är placerade på till exempel ett familjehem.

Kommunerna kommer också få del av de medel som staten avsätter permanent för att finansiera den samordnade vård- och stödverksamheten.

**Tabell 10.8 Ekonomiska konsekvenser för kommunerna.
Nettokostnader***

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	Perma- nent
Avveckling LVM	0	0	-425	-535	-535	-535	-535	-535
Minskat statsbidrag	0	0	425	535	535	535	535	535
Riktade bidrag**	-100	-100	-100	-150	-150	-150	-150	-150
Totalt betänkande	-100	-100	-100	-150	-150	-150	-150	-150
SOU 2021:93								
Minskat åtagande	0	0	-1043	-1043	-1043	-1043	-1043	-1043
Skatteväxling till region***	0	0	1043	1043	1043	1043	1043	1043
Stimulans- medel	-102	-152	-152	-152	-152	-52	-50	-50
Totalt SOU 2021:93	-152	-152	-152	-152	-152	-52	-50	-50
Totalt reform	-252	-252	-252	-302	-302	-202	-200	-200

Anm. *Positiva tal medför ökade kostnader. Negativa tal medför minskade kostnader eller ökade intäkter.

**Vård och stödverksamhet totalt inkl. medel i SOU 2021:93.

***Alternativ 2 enligt SOU 2021:93.

Källa: Egna beräkningar.

Redovisningen av stimulansbidrag enligt delbetänkandet rör dels ökat anslag till Socialstyrelsen för fördelning av statsbidrag till kommuner för personliga ombud samt stimulansmedel för genomförande av reformen, som föreslås ges under fem år från och med året för riksdagsbeslut. Skatteväxlingen ska ske från ikraftträdande (år 3). Finansiering av de samordnade vård- och stödverksamheterna redovisas som en ekonomisk konsekvens att förslagen i detta betänkande. I de redovisade stimulansmedlen på 102 miljoner kronor, ingår 2 miljoner kronor som vi föreslår ska fördelas till SKR genom en överenskommelse i syfte att stödja implementeringen av reformen.

10.12.2 Övriga konsekvenser för kommunerna

Socialnämnden kommer även fortsättningsvis att ha ett ansvar för att tillhandahålla stöd till personer med skadligt bruk och beroende och att uppmärksamma målgruppen i sitt uppsökande och förebyggande arbete. Huvudmannaskapsförändringen innebär dock att det behövs ett förändrat arbetssätt för kommuner när socialtjänsten inte längre kommer att bedriva behandling för skadligt bruk och beroende. Socialtjänsten ska i ett nytt system fokusera på sociala stödinsatser som exempelvis boendestöd, boende eller sysselsättning. Den samordnade vård- och stödverksamheten kommer i viss utsträckning att tillhandahålla sociala stödinsatser till sina deltagare. Utredningens förslag i sin helhet kräver en nära samverkan mellan socialnämnden, regionernas hälso- och sjukvård och den samordnade vård- och stödverksamheten.

Vi lägger också ett förslag om att socialtjänsten aktivt ska arbeta för att en patient som vårdats enligt LPT och LRV efter vårdtiden får bostad, sysselsättning, arbete, eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv. Socialnämnden kan i och med detta komma att behöva utveckla nya boendeinsatser och sysselsättningsformer och andra typer av insatser för att fullgöra sitt ansvar. Här föreslås ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Boverket för att stödja utvecklingen av boendeformer för målgruppen samt ett till Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för att utveckla former för sysselsättning.

Personal i socialtjänsten kommer även fortsättningsvis att komma i kontakt med personer som har ett skadligt bruk eller beroende inom ramen för andra ansvarsområden, som exempelvis ekonomiskt bistånd, boende eller sysselsättning. I ett nytt system har socialtjänsten inte längre möjlighet att utreda misstankar om en persons skadliga bruk och beroende. I dag kan socialtjänsten inleda en LVM-utredning och inom ramen för den exempelvis göra oannonserade hembesök. Många sådana utredningar³⁵ leder aldrig till ett beslut enligt LVM vilket tyder på att personer i stället tar emot frivilliga insatser. I ett nytt system får socialtjänstens främst jobba med att stödja den enskilde att frivilligt söka vård. Det införs dock en bestämmelse som gör att socialnämnden blir skyldig att anmäla till regionen, om de får kännedom om en person där det finns skälig anledning att anta att det

³⁵ Omöjlighetens praktik.

finns ett behov av psykiatrisk vård och den enskilde motsätter sig att frivilligt söka vård. Läs mer om detta i avsnitt 8.1. Socialnämnden ska tillsammans med regionen ta fram rutiner för hur anmälan från socialnämnden till regionerna ska gå till.

När socialtjänsten i dag jobbar med familjer där det förekommer skadligt bruk eller beroende finns möjligheten att samlat jobba med behandling för det skadliga bruket och beroendet, föräldrastöd, vård och umgängesfrågor och så vidare. När ansvaret för vård och behandling i stället blir en fråga för hälso- och sjukvården kommer socialtjänsten i de här fallen behöva utveckla en samverkan med regionen.

Vår bedömning är att antalet vårdtillfällen i psykiatrisk heldygnsvård kan komma att öka samtidigt som vårdtiderna jämfört med LVM minskar. Det kan innebära att kommunen oftare kommer att kallas till SIP då fler utskrivningar görs från LPT än LVM. Kortare vårdtider i tvångsvård för skadligt bruk eller beroende kommer innebära att socialnämnden har mindre tid att planera inför utskrivning i de fall en patient behöver nya sociala stödinsatser från kommunen. Samtidigt lämnar vi i avsnitt 8.5 förslag om ändringar i samverkanslagen som syftar till att kommunen ska komma in tidigare i planeringsprocessen för alla patienter som tvångsvårdas enligt LPT. Detta innebär också ett krav på kommunerna att delta i planeringen i god tid innan en tvångsvårdad patient bedöms som utskrivningsklar. Samtidigt förbättras kommunernas förutsättningar att bedriva stödinsatser genom att regionernas ansvar för att ge samordnad behandling förtydligas och genom det förstärkta incitamentet för regionerna att ta ansvar för behandling vid HVB-placering. Även den samordnade vård- och stödverksamheten ger positiva konsekvenser för kommunerna.

Vi gör bedömningen att kommunerna genom de reglerna och de arbetsätt som ska utvecklas kommer att kunna erbjuda stöd till personer som skrivs ut från sjukhus, initialt på ett liknande sätt som i dag och på sikt på ett bättre sätt. Därför räknar vi inte med någon ökning av kommunens ersättningar till regionerna för utskrivningsklara patienter som ligger kvar på sjukhus.

Kommunerna kommer enligt vår bedömning i avsnitt 6.5 i högre grad behöva göra gemensamma upphandlingar med regionen och bedriva gemensamma HVB tillsammans med kommunen. Vi lämnar också i samma avsnitt ett förslag som innebär att fler överenskommelser kring hälso- och sjukvård på HVB kommer att behöva ingås.

Bedömningen och förslaget kommer att kräva vissa arbetsinsatser men leder samtidigt till en tydligare ansvarsfördelning, och större ansvarstagande för regionen, vilket är positivt för kommunen.

Kommunerna får delvis ett förändrat behov av kompetens då handläggningen av LVM och behandlingsansvaret försvinner. Dock så kommer målgruppen fortsatt att behöva insatser från socialtjänsten och kompetens kring skadligt bruk och beroende kommer även fortsättningsvis att behövas.

11 Utgångspunkter för reformens genomförande

I delbetänkandet (SOU 2021:93) har vi föreslagit en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet som vi i det här betänkandet kompletterar med förslag om tvångsvården. Av våra förslag och bedömningar följer att reformen omfattar också insatser till personer med skadligt bruk eller beroende som inte har samsjuklighet. Ändå har vi valt använda begreppet samsjuklighetsreformen när vi beskriver förändringen. Skälet är att den i hög grad syftar till att öka tillgången till samordnad behandling av olika psykiatriska tillstånd, och på att ge ett samordnat, behovsanpassat och personcentrerat stöd till personer som behöver insatser på flera livsområden samtidigt. Reformen består av tio bärande delar som vi har presenterat i delbetänkandet och som utvecklas i det här betänkandet.

Det är en omfattande reform som inte kan brytas ut från utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten i övrigt. Vissa av de förslag som vi lämnar förutsätter varandra och behöver genomföras som en helhet. Det räcker inte heller med att genomföra förslagen för att åstadkomma förbättringar för personer samsjuklighet. Reformen måste i stället ses som en del av ett långsiktigt utvecklingsarbete som redan påbörjats och som när det nu fortsätter behöver involvera patienter, anhöriga, profession, forskning och andra relevanta aktörer. I de här kapitlen beskriver vi utgångspunkterna för reformens genomförande. I kapitel 12 om ikraftträdande och genomförande redovisar vi årsvisa steg i ett femårigt reformarbete.

Bedömning: Reformen ska genomföras utifrån följande utgångspunkter:

1. Patient, brukar och anhörigperspektivet ska fortsätta vara vägledande för genomförandet.
2. Tidigare och pågående utvecklingsarbeten ska tas tillvara.
3. Reformen ska genomföras både när det gäller huvudmannaskap och gemensam samordning.
4. Andra utvecklingsprocesser inom välfärden ska beaktas.
5. Reformen ska genomföras som ett långsiktigt utvecklingsarbete.

11.1 Patient-, brukar- och anhörigperspektivet ska fortsätta vara vägledande för genomförandet

I delbetänkandet arbetade vi tillsammans med personer med samsjuklighet fram tio målbilder för vad samhällets samlade insatser till personer med samsjuklighet ska leda till. Vi gjorde också bedömningen att målbilderna kunde utgöra ramverk för uppföljning inom området. Som framgår av kapitel 5 har de också varit vägledande för de förslag om vård utan samtycke som vi lämnar i det här betänkandet. Flera kommuner och regioner använder redan målbilderna som utgångspunkt i ett pågående utvecklingsarbete inom missbruks- och beroendevården. Vi anser att reformen även fortsättningsvis måste vägledas av vad som skapar värde för patienter, brukare och anhöriga utifrån ett helhetsperspektiv, och inte med utgångspunkt från varje organisation eller huvudmän. Det förutsätter att det på alla nivåer skapas strukturer så att patienters, brukares och anhörigas beteenden, kunskaper och erfarenheter får faktisk betydelse för ledning, styrning och verksamhetsutveckling inom området. I delbetänkandet föreslog vi ett särskilt program och en nationell motor för att utveckla brukarinflytandet inom sektorn. Det förutsätter också att regioner och kommuner kan utöva gemensam ledning över sektorsgränser, eftersom det är de samlade insatserna som skapar värde för personer som är beroende av de offentligt finansierade tjänsterna. Det behovet är inte bara avgränsat till insatser för personer med

skadligt bruk eller beroende utan uppmärksammas exempelvis inom ramen för omställningen till en god och nära vård. I kapitel 12 om ikraftträdande och genomförande bedömer vi att en struktur för gemensam ledning och styrning mellan regionen och kommunerna bör skapas redan det första året under den femåriga reformperioden.

11.2 Tidigare och pågående utvecklingsarbeten ska tas tillvara

Under hela 2000-talet har missbruks- och beroendevården utvecklats i en riktning mot att bli mer kunskapsbaserad. Det har bland annat skett genom framtagande av nationella riktlinjer för missbruk och beroende och genom implementeringsinsatser som ”Från kunskap till praktik” som drevs av dåvarande SKL 2008–2014. Syftet med den satsningen var att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna och generellt förstärka kunskapen inom området. År 2018 antog också SKR en handlingsplan för missbruk och beroende med fokus på åldersgruppen 13–29 år. Utifrån planen fördes diskussioner med företrädare för kommuner och regioner i hela landet om behovet av utveckling, också bredare än bara kring unga personer. Utvecklingen har också de senaste åren skett inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning och 2021 publicerades ett Vård- och insatsprogram för missbruk och beroende. Även rapporteringen till kvalitetsregistret ”Svenskt beroenderegister” har ökat, främst därför att vissa regioner utvecklat system så att data kan föras direkt från journalsystemen till registret.

Antalet personer som får insatser i regionernas hälso- och sjukvård på grund av skadligt bruk eller beroende ökar årligen i regionerna. Vissa verksamheter som LARO har byggts ut och tillgången till skadereducerande insatser har ökat. Samtidigt är de regionala skillnaderna stora och i vissa regioner saknas i princip en specialiserad beroendevård. I kommunernas socialtjänst har ambitionen att arbeta evidensbaserat förstärkts bland annat med stöd av nationella riktlinjer och det implementeringsstöd som har bedrivits. Nästan alla kommuner kan i dag erbjuda minst en insats som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Men även här är skillnaderna stora och den enkät som vi gjorde inom ramen för delbetänkandet visar

att det finns ett antal kommuner som bara kan erbjuda en eller två typer av insatser oavsett klientens behov.

Överenskommelser om samarbete mellan regioner och kommuner finns så gott som i hela landet. Det skiljer sig dock åt i vilken grad de uppdateras och i delbetänkandet konstaterade vi att de sällan har så stor betydelse att de ökar tillgången till en samordnad vård för den enskilde. De löser inte heller svåra ansvarsfrågor där tvister ofta uppstår. Ett resultat av överenskommelserna är dock att de i kombination med andra utvecklingsinsatser har bidragit till att det i många regioner finns en struktur för samarbete och utpekade personer som ska stödja samverkan mellan region och kommun.

Sammantaget har det pågått och pågår fortfarande ett utvecklingsarbete inom området skadligt bruk och beroende. Våra förslag i delbetänkandet, och de omfattande dialoger vi under utredningstiden haft med regioner och kommuner, har ytterligare bidragit till det. Samtidigt återstår mycket arbete och de systemförändrade förslag vi lämnat behöver därför genomföras. Vi anser att det är av stor betydelse att reformen bygger vidare på de åtgärder som har vidtagits och som pågår.

11.3 Reformen ska genomföras både när det gäller huvudmannaskap och gemensam samordning

Vi menar att vissa av våra förslag i det här betänkandet och i delbetänkandet är beroende av varandra. Det gäller tydliggörandet av hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens ansvar, kravet på att behandling av skadligt bruk och beroende ska ske samordnat med andra psykiatriska tillstånd och förslaget att regioner och kommuner ska vara skyldiga att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet, samt de förslag om tvångsvård som vi lämnar i det här betänkandet. Ett förtydligande av huvudmannaskapet är nödvändigt för att behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med andra psykiatriska tillstånd. Det krävs också för att tillgången till evidensbaserade insatser som tillgodoser både behoven när det gäller hälsa och levnadsförhållanden ska öka i regionernas hälso- och sjukvård och i kommunernas socialtjänst. Regionernas ansvar för all behandling, och att den sker samordnat med andra psykiatriska tillstånd, innebär att fler personer ges frivilliga insatser av regionerna

hälso- och sjukvård. Tvångsvården ska bara vara en mindre del av en sammanhållen vårdkedja.

Men vi bedömer också att det för personer med de mest omfattande behoven finns risker med allt för tydliga gränser. Vår slutsats genom de omfattande kontakter vi under utredningstiden har haft med personer med samsjuklighet, anhöriga och medarbetare i olika verksamheter är att särskilt psykiatriska hälso- och sjukvårdsinsatser skulle riskera att utebli för vård- och stödverksamhetens målgrupp om inte insatserna integreras. Hälso- och sjukvårdens struktur bygger i liten grad på uppsökande verksamhet och är i hög grad specialiserad. För personer med omfattande hälsoproblem på flera områden samtidigt, som saknar förmåga att själva samordna insatser och kan vara ambivalenta till kontakter med sjukvården, krävs därför en organisation som gemensamt planerar och integrerar insatser som den enskilde behöver. För personer i målgruppen är också socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser beroende av varandra. För att boendesituationen ska fungera krävs tillgång till behandling för olika psykiatriska tillstånd och för att behandlingen ska kunna ges krävs en stabil bostadssituation.

Resonemanget gäller i hög grad personer som tvångsvårdas som vi bedömer i stor utsträckning kommer att tillhöra målgruppen för verksamheten. Det handlar om personer med behov av omfattande behandlingsinsatser på grund av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd, och samtidigt behov av socialtjänstens insatser på flera livsområden. Utan den samordnade vård- och stödverksamheten är det vår bedömning att dessa personer riskerar att bli föremål för återkommande tvångsingripande utan att förbättrad hälsa och livssituation uppnås på sikt.

Våra förslag om huvudmannaskapsförändring och tvångsvård bygger därför på att även förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet genomförs. Förslaget har sin utgångspunkt i de målbilder vi tog fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga och utgår från en logik som ofta saknas i välfärden i övrigt; att den enskilde personens behov, resurser, sammanhang och vilja ska vara utgångspunkt för hur vi organiserar planering och genomförande av insatser.

I det utredningsarbete som vi har bedrivit sedan vi lämnade det förslaget i delbetänkandet har vi också fått vi bekräftat att samverkan kring personer med omfattande och komplex problematik måste

utvecklas i nya former. Särskilt socialtjänsten upplever att den bristande samverkan allvarligt riskerar vissa brukares liv och hälsa och bidrar till situationer där även personalens arbetsmiljö påverkas starkt negativt. Att kommunerna ser positivt på förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet bekräftas av remissvaren på vårt delbetänkande. Huvudmännen förefaller också sakna förutsättningar att själva skapa integrerade verksamheter inom nuvarande system. Antalet verksamheter har inte ökat över tiden och de försök som görs verkar ofta möta stora utmaningar i form av revirstrider och otydligt ansvar för insatser och resurser. Vårt förslag att i lag reglera ett tydligt syfte, målgrupp och möjliga samverkansformer skulle bidra till att flera hinder kunde hanteras.

En skyldighet att bedriva en samordnad vård och stödverksamhet är sammanfattningsvis en bärande del av den reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet som vi föreslår. Det är därför vår bedömning att det saknas underlag att genomföra huvudmannaskapsförändringen utan att samtidigt genomföra förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet. Väljer regeringen att göra så menar vi att förslagen om huvudmannaskapsförändring behöver konsekvensbedömas igen inom ramen för den fortsatta beredningsprocessen.

11.4 Andra utvecklingsprocesser inom välfärden ska beaktas

Två stora reformer pågår respektive har aviserats på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Den ena är omställningen till en god och nära vård som bygger på de förslag som lämnats i flera betänkanden av utredningen om en god och nära vård. Omställningen sker dels genom lagändringar, dels genom en nationell strategi som innehåller överenskommelser mellan regeringen och SKR. Den andra är utvecklingen av en förebyggande och tillgänglig socialtjänst som bygger på betänkandet från utredningen om framtidens socialtjänst¹. Utredningens förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet. Båda reformerna utgår, liksom våra förslag, från att personens behov, resurser och sammanhang behöver vara utgångspunkten för tidiga och gränsöverskridande insatser. Vårt intryck av

¹ Hållbar socialtjänst – en ny socialtjänstlag (SOU 2020:47).

kontakter med regioner och kommuner är att arbetet med omställningen mot en god och nära vård bedrivs intensivt i regioner och kommuner och att kommunerna förbereder sig för en ny socialtjänstlag. Därför anser vi att dessa två processer och den reform vi föreslår bör genomföras samordnat och integrerat.

11.5 Reformen ska genomföras genom ett långsiktigt utvecklingsarbete

Våra förslag innebär en genomgripande reform av hela den svenska missbruks- och beroendevården. Därför måste det avsättas tid för att genomföra förändringen. Delar av den inriktning vi föreslår att reformen ska ha kan påbörjas redan innan den förändrade lagstiftningen beslutats. Det handlar exempelvis om att utveckla en specialiserad beroendevård i regioner där den saknas, att utveckla nya kommunala stödinsatser och att förbättra samverkan mellan regionerna och kommunerna. Vi kan också konstatera att flera kommuner och regioner startat genomlysningar av sina verksamheter och tagit steg mot utveckling och förbättringar. Samsjuklighet uppmärksammas i överenskommelsen mellan regeringen och SKR inom området psykisk hälsa för 2022 och 2023 samt inom ramen för flera länsstyrelsers ANDT-arbeten. Mot den bakgrunden är det vår bild att ett långsiktigt reformarbete redan påbörjats.

Om riksdagen beslutar i enlighet med våra förslag måste stegen mot en fullt genomförd reform vara flera och genomföras på ett antal års sikt. Vi föreslår i kapitel 12 att genomförandet sammanlagt ska ta fem år och att det ska vara två år mellan beslut och ikraftträdande. I det kapitlet gör vi också bedömningar av vilka åtgärder som krävs på nationell, regional och kommunal nivå under vart och ett av de fem genomförandeåren. Som framgår ovan menar vi att målbilderna som tagits fram av personer med samsjuklighet och anhöriga ska vägleda arbetet och att personer med erfarenhet av missbruks- och beroendevård ska involveras i utvecklingen. Det är också angeläget att det blir en reform som tar till vara medarbetares kunskap och engagemang. Forskning inom olika kunskapsområden och löpande utvärderingar och uppföljningar är också betydande beståndsdelar.

12 Ikraftträdande och stegvis genomförande

I det här kapitlet gör vi bedömningar och lämnar förslag på ikraftträdande och ett femårigt stegvis genomförande av reformen. Förslag och bedömningar som redovisas nedan avser samtliga förslag vi har lämnat i delbetänkandet och det här betänkandet.

12.1 Ikraftträdande

Förslag: Förslagen på lagändringar i delbetänkandet SOU 2021:93 och i detta betänkande föreslås att träda i kraft den 1 januari 2026.

De lagändringar vi föreslagit träder i kraft den 1 januari 2026. Ikraftträdandedatum är en revidering av det förslag vi lämnade i delbetänkandet. Som framgår nedan menar vi att det ska vara två år mellan riksdagsbeslut och ikraftträdande.

12.2 Tidsplan, stödfunktion, stimulansmedel och resursöverföringar

I delbetänkandet föreslår vi att reformen ska genomföras under en femårsperiod och att det ska inrättas en stödfunktion på SKR som är verksam under genomförandet. Vi föreslår också att det årligen under femårsperioden ska utgå stimulansmedel till regioner och kommuner. 200 miljoner kronor ska fördelas i syfte att underlätta den omställning som krävs på grund av det förändrade huvudmannaskapet. Vi föreslår även att det ska utgå stimulansmedel på 200 miljoner kronor per år under år 1–3 och 300 miljoner kronor per år under

år 4 och 5 för att utveckla, inrätta och bedriva de samordnade vård- och stödverksamheterna. Från och med år 6 föreslår vi att staten permanent ska finansiera de samordnade vård- och stödverksamheterna genom en förstärkning av de generella statsbidragen.

Vi har också i delbetänkandet föreslagit att medel förs över från kommuner till regionerna med anledning av att regionerna ska svara för all behandling av skadligt bruk eller beroende. Tre alternativ för att beräkna kostnaderna redovisas i spannet mellan knappt 800 miljoner kronor och drygt 1 300 miljoner kronor.

I det här betänkandet föreslår vi i konsekvensbeskrivningarna att ytterligare 633 miljoner kronor ska föras över från kommunerna och staten till regionerna med anledning av det ökade behovet av heldygnsvård som förslagen vi lämnar innebär samt för finansiering av vård för personer omhändertagits enligt LOB. Vi föreslår vidare att kommunerna ska behålla de medel som frigörs på grund av minskade kostnader som följer av att placering inte längre ska ske enligt 27 § LVM. Dessa kan användas till insatser på boendeområdet.

12.3 Utredare tillsätts för avvecklingen av LVM-vården inom SiS

Förslag: En särskild utredare tillsätts för att avveckla den tvångsvård inom SiS som bedrivs enligt LVM. Avvecklingen ska påbörjas 2024 och färdigställas under 2026.

Vi föreslår att det tillsätts en särskild utredare för att avveckla den tvångsvård inom SiS som bedrivs enligt LVM. Avvecklingen ska påbörjas 2024 och slutföras senast 2026 enligt den tidsplan för genomförandet som vi föreslår. Utredaren ska planera och genomföra avvecklingen inom myndigheten i nära dialog med dess ledning, samt ansvara för överföringen av klienter från SiS till regionerna, ange datum för när SiS slutar ta emot klienter och när de sista skrivs ut. Utredaren ska också föreslå hur SiS lokaler ska användas och genomföra de åtgärder som krävs utifrån det förslaget. Utredaren ska också stödja SiS ledning i frågor som rör avslutande av anställningar, kompetensutveckling, resursomställning inom myndigheten och eventuella verksamhetsövergångar. Utredaren ska genomföra sitt uppdrag i samråd med berörda regioner och samarbeta med den stödfunktion för regio-

ner och kommuner som vi har föreslagit ska finnas på SKR. En viktig del av det uppdraget blir att inventera vilka medarbetarresurser som i dag finns på SiS som kan bidra till regionernas förstärkning och utveckling av sin slutenvård. I kapitel 6 och i kapitel 10 konstaterar vi att bland annat behandlingspedagoger och stödpedagoger är kompetenser som kan förstärka regionernas slutenvård.

12.4 Uppdrag till Socialstyrelsen och andra myndigheter

Förslag: Socialstyrelsen får följande uppdrag för att stödja reformens genomförande:

- Att öka kunskapen om och förbättra uppföljningen av LARO (delbetänkandet)
- Att stödja samordnad individuell planering inför utskrivning från psykiatrisk tvångsvård (slutbetänkandet).
- Att i samverkan med Boverket och i samråd med SKR, att stödja kommunernas arbete med att utveckla metoder och nya boendeformer. (slutbetänkandet).
- Att Socialstyrelsen, i samverkan med Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen och i samråd med SKR, får i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla former för sysselsättning som ger möjlighet för ett självständigt liv (slutbetänkandet)

Dessutom föreslås följande uppdrag till övriga myndigheter:

- Lämplig myndighet får i uppdrag att utforma ett system för uppföljning som bygger på de målbilder vi tagit fram tillsammans med personer samsjuklighet (delbetänkandet).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får i uppdrag att följa reformen (delbetänkandet)
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får i uppdrag att initiera en vetenskaplig utvärdering av de samordnade vård- och stödverksamheterna (delbetänkandet)

- Folkhälsomyndigheten ansvarar för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande för att minska stigmatisering av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Delar av uppdraget ska ske tillsammans med Socialstyrelsen (delbetänkandet)

12.5 Stegvis genomförande

Förslag: Reformen ska genomföras stegvis under femårsperioden.

Vi föreslår att reformen genomförs stegvis under femårsperioden. Nedan ges exempel på vilka de stegen kan vara. Händelser i omvärlden och lokala och regionala förutsättningar kan dock påverka vilka steg som lämpligen tas och när de tas. När arbetet påbörjas kan det också bli tydligt att andra åtgärder än de som redovisas här behöver vidtas. Vissa åtgärder kan också behöva påbörjas senare än vad vi i dag bedömer är rimligt. Det kan därför ske en förskjutning av åtgärder mellan åren. Exempelvis kan riksdags- och regeringsbeslut år 1 komma sent vilket gör att regioners och kommuners insatser kommer i gång först år två. Detta får följas och justeras löpande under införandeperioden.

Vi har valt att dela in stegen som ska tas i regioner och kommuner i vad som behöver göras tillsammans och vad respektive huvudman behöver göra inom sin verksamhet. Även de insatser som görs i respektive verksamheter behöver dock genomföras i nära dialog mellan huvudmännen.

Förändringarna i lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. föreslås genomföras under en fyraårsperiod räknat från ikraftträdandeår. Därför löper insatserna på det området in på år 6. Vi utgår nedan ifrån att detta förslag genomförs som en del av reformen men har i avsnitt 6.8 bedömt att regeringen med stöd av remissinstanserna bör ställning till om det är möjligt att genomföra förslaget tillsammans med övriga förslag, eller om det i stället ska genomföras senare eller under längre tidsperiod.

Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppdrag att följa upp reformen avslutas året efter genomförandeperiodens slut.

År 1

Nationell nivå

- Riksdagsbeslut om att genomföra föreslagna lagändringar samt beslut om finansiering.
- Ändringar i förordningen om personligt ombud som vi föreslagit i delbetänkandet, kapitel 13.3.2 och ökade anslag till personligt ombud.
- Regeringsbeslut med följande innehåll:
 - Förändring i Socialstyrelsens instruktion om att bedriva en tvångsvårdskommission
 - Uppdrag till Socialstyrelsen och andra myndigheter (både i delbetänkandet och det här betänkandet)
 - Stimulansmedel till kommuner och regioner
 - Inrättande av stödfunktion på SKR som inleder sitt arbete med att stödja regioner och kommuner
 - Tillsättande av en särskild utredare med uppdrag att avveckla LVM-vården inom SiS
- Kompetenskraven i målbeskrivningen för specialistutbildningarna i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och beroendemedicin anpassas efter den nya ansvarsfördelningen som följer av våra förslag.

Regioner och kommuner tillsammans

- Regioner och kommuner tillsätter en gemensam ledningsstruktur för genomförandet i respektive län.

Reformen ställer stora krav på samarbete och gemensamt ansvarstagande mellan regioner och kommuner. Vi bedömer att det behöver finnas en gemensam ledningsstruktur som dels koordinerar genomförandet och säkerställer ett gemensamt ansvarstagande över huvudmannagränserna, dels verkar för att erforderliga beslut fattas i respektive region och kommun. Ledningsstrukturen kan vara en integrerad del av redan befintliga funktioner som även hanterar andra frågor.

Det är särskilt lämpligt att på ledningsnivå integrera omställningen mot en god och nära vård och en tillgänglig och förebyggande socialtjänst med samsjuklighetsreformens genomförande. Läs mer om sambandet mellan reformen och andra utvecklingsprocesser inom välfärden i avsnitt 11.4.

- Regioner och kommuner identifierar resurser som ska föras över från kommunen till regionen inom ramen för en skatteväxling eller på annat sätt.
- Regioner och kommuner tillvaratar patient- brukar och anhörigperspektivet i det gemensamma arbetet med att genomföra reformen och i utvecklingen av deras respektive verksamheter.

Det kan ske genom gemensamma råd eller genom att det återkommande genomförs workshops eller liknande för att identifiera vad som skapar värde i verksamheterna och vad som motverkar att värde skapas. Det kan också ske brukarrevisioner av samverkan och arbetssätt kring gemensam planering. Stöd till arbetet ges genom att Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens uppdrag att främja brukarinflytande och att minska stigmatisering som lämnats i delbetänkandet, avsnitt 13.2.

- Regioner och kommuner inleder ett arbete med att revidera överenskommelser om sitt samarbete som tecknats i enlighet med 5 kap. 7 § SoL och 16 kap. 3 § HSL med utgångspunkt i den förändrade ansvarsfördelningen.

Alla överenskommelser bör ha bestämmelser om samordnad planering inför utskrivning från psykiatrisk slutenvård. Dessa bestämmelser bekräftar eller kompletterar de gemensamma riktlinjer som regioner och kommuner ska ha enligt samverkanslagen 4 kap. 4 §. I avsnitt 8.5 föreslår vi att Socialstyrelsens ska få i uppdrag att stödja den gemensamma planeringsprocessen.

- Regioner och kommuner inleder arbete med överenskommelse om samarbete om hälso- och sjukvårdsinsatser när en person får vård utanför hemmet i enlighet med 6 kap. socialtjänstlagen.

Överenskommelsen kan vara en integrerad del av den överenskommelse som avses i punkterna ovan och av överenskommelser enligt 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 1 § d SoL om barn som vistas utanför det egna hemmet.

- Regioner och kommuner förbereder gemensamma upphandlingar av HVB och/eller projekterar för att bedriva HVB gemensamt.
- Regioner och kommuner fattar de beslut som krävs för att kunna bedriva den gemensamma vård- och stödverksamheten. Vilka dessa beslut kan vara exemplifieras i avsnitt 16.2.1 i delbetänkandet.
- Regioner och kommuner inleder gemensamt en organisering av stegvisa insatser för barn och unga med skadligt bruk eller beroende. Detta utvecklas i delbetänkandet avsnitt 9.2.3.

Regioner

- Regionerna inventerar vilka behandlingsmetoder som behöver förstärkas utifrån förslaget att behandling av skadligt bruk och er beroende ska vara en fråga för regioners hälso- och sjukvård.

Ett särskilt fokus bör vara på sådana psykosociala behandlingsmetoder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och som i dag erbjuds främst i kommunerna.

- Regionerna inventerar hur uppdrag och verksamheter behöver utvecklas för att vården av skadligt bruk eller beroende ska kunna ges samordnat med vård för andra psykiatriska tillstånd.
- Regionerna inventerar i samråd med kommunerna och SiS sina behov av medarbetare med olika kompetenser samt skaffar sig kunskap om tillgången till dessa exempelvis inom socialtjänsten och på SiS institutioner.
- Regionerna inventerar eventuella utvecklingsbehov inom slutenvården när det gäller lokaler, kompetens och säkerhetsnivåer.

Åtgärder kan behöva genomföras på längre sikt och samordnas med annan utveckling inom regionernas hälso- och sjukvård.

- Regionerna inventerar vad som krävs för att kunna ta emot personer som omhändertagits med stöd av LOB i enlighet med vårt förslag i avsnitt 6.9.

Det kan vara genom tillnyktringsenheter, inom ramen för slutenvården eller på andra sätt.

- Regionerna inventerar eventuella utvecklingsbehov inom övriga delar av hälso- och sjukvården när det gäller skadligt bruk eller beroende.

I delbetänkandet, avsnitt 9.2.3, och i avsnitt 10.11 i det här betänkandet har vi beskrivit konsekvenserna för vårdgrenar som primärvården och barn- och ungdomspsykiatri.

- Regionerna inleder en organisering av omhändertagandet av stegvisa och väl sammanhängande processer. Innehållet i sådana processer beskrivs i delbetänkandet avsnitt 9.2.3.
- Regionerna påbörjar utbildning av personal i den kommande förändrade ansvarsfördelningen och tvångsvårdslagstiftningen.

Av särskild vikt är utbildning av specialister i psykiatri och andra läkare, bland annat i primärvården, i den nya tvångsvårdslagstiftningen. Vi har i avsnitt 6.3 gjort bedömningen att regionerna bör ta ett gemensamt ansvar för sådana utbildningar.

- Regionerna planerar för sprututbyte utifrån behoven i befolkningen och fortsätter utveckla främjandet av psykisk och fysisk hälsa inom dessa verksamheter i enlighet med våra förslag i delbetänkandet, avsnitt 10.2.2.

Kommuner

- Kommunerna inventerar utvecklingsbehoven i sina verksamheter när det gäller boende, sysselsättning och arbete och andra sociala stödinsatser i enlighet med vad som följer av ändringarna av 5 kap. 9 § och 9 b § socialtjänstlagen som vi föreslagit i delbetänkandet avsnitt 9.3.2 respektive i det här betänkandet avsnitt 6.4.

Utvecklingen i kommunerna när det gäller boende respektive sysselsättning och arbete stöds genom särskilda regeringsuppdrag till Socialstyrelsen som ska genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter enligt våra förslag i avsnitt 8.5.3.

År 2

Nationell nivå

- Den särskilde utredaren fortsätter utvecklingen av LVM-vården inom SiS tillsammans med myndighetens ledning och regionerna och i samarbete med den särskilda stödfunktionen på SKR.
- Den nationella stödfunktionen på SKR stödjer kommuner och regioners förberedelsearbete. Frågor som hanteras kan vara stöd till överenskommelser, gemensam ledning, utveckling av den vård- och stödverksamheten och utveckling av former för samordnad individuell planering.
- Socialstyrelsen och andra myndigheter arbetar i enlighet med sina uppdrag.
- Tvångsvårdscommissionen inrättas.
- Kompetenskraven i målbeskrivningen för specialistutbildningarna i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och beroendemedicin anpassas efter den nya ansvarsfördelningen som följer av våra förslag.

Regioner och kommuner tillsammans

- Regioner och kommuner fattar löpande beslut om reformens implementering i den gemensamma ledningsstrukturen.
- Överföring av verksamhet, resurser och eventuell skatteväxling fortsätter.
- Regioner och kommuner genomför gemensamma upphandlingar av HVB, startar upp gemensamt bedriva HVB.
- Regioner och kommuner anställer personal, skaffar lokaler, tecknar avtal och vidtar övriga nödvändiga åtgärder för att kunna be-

driva den samordnade vård- och stödverksamheten. Se avsnitt 16.2.1 i delbetänkandet.

- Regioner och kommuner fortsätter gemensamt en organisering av stegvisa insatser med barn och unga med skadligt bruk eller beroende.
- Regioner och kommuner tillvaratar patient- brukar och anhörigperspektivet i det gemensamma arbetet med att genomföra reformen och i utvecklingen av deras respektive verksamheter.

Regioner

- Regionerna börjar successivt att erbjuda fler behandlingsmetoder utifrån det förslaget att all behandling av skadligt bruk och beroende ska vara en fråga för regionernas hälso- och sjukvård.
- Regionerna börjar planera för utvidgad bemanning och kompetensförstärkningar med medarbetare från socialtjänsten, och inom slutenvården med till exempel behandlings- och stödpedagoger exempelvis med erfarenhet från SiS.
- Regionerna börjar i högre grad ge vård för skadligt bruk och beroende samordnat med vård för andra psykiatriska tillstånd.
- Regioner börjar förbereda sig för att ta mot personer som omhändertagits enligt LOB på tillnyktringsenheter, inom slutenvården eller på annat sätt.
- Regionerna fattar vid behov beslut om utveckling av slutenvården när det gäller lokaler, kompetens och eventuellt säkerhetsnivåer. Åtgärder kan behöva genomföras på längre sikt och samordnas med annan utveckling inom regionernas hälso- och sjukvård.
- Regionerna genomför eventuella utvecklingsbehov inom övriga delar av hälso- och sjukvården när det gäller skadligt bruk eller beroende.
- Regionerna fortsätter en organisering av stegvisa och väl sammanhängande insatser till barn och unga.

- Regionerna fortsätter utbildning av personal i den nya tvåårigsvårdslagstiftningen, särskilt specialister i psykiatri och andra läkare exempelvis i primärvården.
- Regionerna planerar för sprututbyte utifrån behoven i befolkningen och fortsätter utveckla främjandet av psykisk och fysisk hälsa inom dessa verksamheter
- Regionerna inventerar vad som krävs för att kunna ta emot personer som omhändertagits med stöd av LOB i enlighet med vårt förslag i avsnitt 6.9.

Kommuner

- Kommunerna vidtar successivt åtgärder för att möta utvecklingsbehoven i sina verksamheter när det gäller boende och andra sociala stödinsatser i enlighet med vad som följer av ändringarna av 5 kap. 9 och 9 b §§ socialtjänstlagen.

År 3 – Ikraftträdande år

Nationell nivå

- Den särskilde utredaren avslutar utvecklingen av LVM-vården tillsammans med SiS ledning och regionerna.
- Den nationella stödfunktionen på SKR stödjer kommuner och regioner i genomförandet.
- Socialstyrelsen och andra myndigheter arbetar i enlighet med sina uppdrag.
- Kompetenskraven i målbeskrivningen för specialistutbildningarna i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och beroendemedicin anpassas efter den nya ansvarsfördelningen som följer av våra förslag.

Regioner och kommuner tillsammans

- Regioner och kommuner fattar löpande beslut om reformens implementering i den gemensamma ledningsstrukturen.
- Överföring av resurser avslutas.
- Regioner och kommuner har gemensamt upphandlade HVB eller bedriver gemensamt HVB.
- Regioner och kommuner påbörjar driften av den samordnade vård- och stödverksamheten.
- Regioner och kommuner har en gemensam organisering av stegvisa insatser för barn och unga med skadligt bruk eller beroende som löpande utvärderas och modifieras utifrån behov.
- Regioner och kommuner tillvaratar patient- brukar och anhörigperspektivet i det gemensamma arbetet med att genomföra reformen och i utvecklingen av deras respektive verksamheter.

Regionerna

- Regionerna anställer nya medarbetare i enlighet med det utvidgade uppdraget och med stöd av medel som förts över från staten och kommuner till regioner.
- Regionerna ansvarar för den psykiatriska tvångsvården som också omfattar skadligt bruk eller beroende.
- Regionerna tar emot fler personer som omhändertagits med stöd av LOB i enlighet med vårt förslag i avsnitt 6.9.

Kommunerna

- Kommunerna fortsätter att successivt vidta åtgärder för att möta utvecklingsbehoven i sina verksamheter när det gäller boende och andra sociala stödinsatser i enlighet med vad som följer av ändringen av 5 kap. 9 § socialtjänstlagen.

- Kommunen fattar beslut om och genomför placering på HVB som upphandlas gemensamt med regionen eller som bedrivs tillsammans med regionen.

År 4

Nationell nivå

- Den nationella stödfunktionen på SKR stödjer kommuner och regioners genomförande.
- Socialstyrelsen och andra myndigheter arbetar i enlighet med sina uppdrag.

Regioner och kommuner tillsammans

- Regioner och kommuner fattar löpande beslut om reformens implementering i den gemensamma ledningsstrukturen.
- Regioner och kommuner har gemensamt upphandlade HVB eller bedriver gemensamt HVB.
- Regioner och kommuner bedriver en gemensam vård- och stödverksamhet.
- Regioner och kommuner har en gemensam organisering av stegvisa insatser för barn och unga med skadligt bruk eller beroende som löpande utvärderas och modifieras.
- Regioner och kommuner tillvaratar patient- brukar och anhörigperspektivet i det gemensamma arbetet med att genomföra reformen och i utvecklingen av deras respektive verksamheter.

Regioner

- Regionerna ansvarar för den psykiatriska tvångsvården som också omfattar skadligt bruk eller beroende
- Regionerna tar emot fler personer som omhändertagits med stöd av LOB i enlighet med vårt förslag i avsnitt 6.9.

Kommunen

- Kommunerna har utvecklat nya arbetssätt när det gäller boende och andra sociala stödinsatser i enlighet med vad som följer av ändringen av 5 kap. 9 och 9 b §§ socialtjänstlagen.
- Kommunen fattar beslut om och genomför placering på HVB som upphandlas gemensamt med regionen eller som bedrivs tillsammans med regionen.

År 5

Nationell nivå

- Den nationella stödfunktionen på SKR stödjer kommuner och regioners genomförande.
- Socialstyrelsen och andra myndigheter arbetar i enlighet med sina uppdrag.

Regioner och kommuner tillsammans

- Regioner och kommuner fattar löpande beslut om reformens implementering i den gemensamma ledningsstrukturen.
- Regioner och kommuner har gemensamt upphandlade HVB eller bedriver gemensamt HVB.
- Regioner bedriver en samordnade vård- och stödverksamhet.
- Regioner och kommuner har gemensamt en organisering av stegvisa insatser för barn och unga med skadligt bruk eller beroende som löpande utvärderas och modifieras.
- Regioner och kommuner tillvaratar patient-, brukar- och anhörigperspektivet i det gemensamma arbetet med att genomföra reformen och i utvecklingen av deras respektive verksamheter.

Regionen

- Regionerna tar emot fler personer som omhändertagits med stöd av LOB i enlighet med vårt förslag i avsnitt 6.9.

Kommunen

- Kommunerna fortsätter att successivt vidta åtgärder för att möta utvecklingsbehoven i sina verksamheter när det gäller boende och andra sociala stödinsatser i enlighet med vad som följer av ändringen av 5 kap. 9 § och 9 b §§ socialtjänstlagen.
- Kommunen fattar beslut om och genomför placering på HVB som upphandlas gemensamt med regionen eller som bedrivs tillsammans med regionen.

År 6

- Vårdanalys slutredovisar sitt uppdrag. Den vetenskapliga utvärderingen av vård- och stödverksamheten slutförs.
- Regionerna tar emot fler personer som omhändertagits med stöd av LOB i enlighet med vårt förslag i avsnitt 6.9.
- Staten finansierar de samordnade vård- och stödverksamheten permanent genom höjning av generella statsbidragen.

13 Författningskommentar

13.1 Förslaget om upphävande av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall upphör att gälla den 1 januari 2026.

Förslaget behandlas i avsnitt 6.2.

Förslaget att lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, ska upphöra att gälla den 1 januari 2026 är en följd av att regionerna från samma tidpunkt ska ansvara för all vård och behandling av personer med skadligt bruk eller beroende, inklusive tvångsvård.

Den upphävda lagen ska dock, enligt övergångsbestämmelserna, fortfarande gälla för beslut som fattas enligt LVM till och med den 31 december 2025. Det innebär att personer som, efter förvaltningsrättens beslut, blir föremål för beslut om tvångsvård enligt LVM den 31 december 2025, kommer att kunna vårdas enligt lagen genom Statens institutionsstyrelses försorg längst till och med den 30 juni 2026.

13.2 Förslaget till lag om ändring i brottsbalken (1962:700)

31 kap.

2 §

Paragrafen upphör att gälla den 1 januari 2026.

Förslaget, som behandlas i avsnitt 6.9, är en följd av att lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall upphävs den 1 januari 2026. Bestämmelserna i 20 kap. 7 § 4 rättegångsbalken bedöms ge Åklagarmyndigheten tillräckliga möjligheter att besluta om åtalsunderlåtelse för personer där psykiatrisk vård kommer till stånd.

Den upphävda bestämmelsen ska dock, enligt övergångsbestämmelserna, fortfarande gälla för beslut som fattas till och med den 31 december 2025.

13.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.

3 §

Den omhändertagne ska föras till ett sjukhus eller annan vårdinrättning som kan ge stöd och behandling om inte annat följer av 4 §.

Förslaget, som behandlas i avsnitt 6.8, innebär att den som omhändertagits enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m., förkortad LOB, som huvudregel ska föras till ett sjukhus eller annan vårdinrättning som kan ge stöd och behandling. Av 4 § framgår i vilka fall den omhändertagne får tas i förvar.

I ett nytt andra stycke i 8 kap. 11 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) förtydligas regionens ansvar för den som omhändertagits enligt LOB. Se kommentaren till den bestämmelsen.

4 §

En omhändertagen person som inte kan frigges får tas i förvar om det är nödvändigt med hänsyn till ordning eller säkerhet *eller för att vård av något annat skäl inte kan beredas på sjukhus eller någon annan vårdinrättning*. Förvaras den omhändertagne hos Kriminalvården ska myndigheten utöva tillsyn över den omhändertagne enligt 6 § samt fullgöra de uppgifter som avses i 7 § första och andra styckena, om inte uppgifterna har fullgjorts av Polismyndigheten. Motsvarande skyldigheter har annan myndighet vars tjänstemän med laga stöd har omhändertagit någon enligt denna lag.

Förslaget behandlas i avsnitt 6.8.

Genom ändringarna upphör befogenheten enligt nuvarande bestämmelse första meningen, att *hålla kvar* den omhändertagne. I stället får en omhändertagen, som inte kan frigges, *tas i förvar* om det är nödvändigt med hänsyn till ordning eller säkerhet eller därför att vård av något annat skäl inte kan beredas på sjukhus eller annan vårdinrättning.

Den omhändertagne får tas i förvar i första hand av hänsyn till *ordning och säkerhet*, till exempel när det finns en risk att den omhändertagne skadar andra personer eller egendom eller på annat sätt orsakar allvarlig olägenhet.

Den omhändertagne får tas i förvar även då vården av *något annat skäl* inte kan beredas på sjukhus eller annan vårdinrättning. Härmed avses att det föreligger hinder för polisen att ombesörja att den omhändertagne bereds vård på sjukhus till exempel därför att det är omöjligt att anordna transport till sjukhus.

Avsikten är inte att den omhändertagne ska tas i förvar därför att hälso- och sjukvården anser sig sakna resurser för att bereda den omhändertagne vård eller för att hälso- och sjukvården gör bedömningen att den omhändertagne inte behöver tillnyktring på sjukhus. I sådant fall kan den omhändertagne tas i förvar enbart om det behövs av ordning- eller säkerhetsskäl.

13.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

1 b §

I 2 kap. 9 § socialtjänstlagen (2001:453) finns bestämmelser om socialnämndens skyldighet att anmäla till regionen om det finns skälig anledning att anta att en person är i behov av sluten psykiatrisk vård.

Regionen ska säkerställa att det finns rutiner för att ta emot och bedöma anmälningarna och för hur nämnden kan komma i kontakt med regionen.

Bestämmelsen är ny och förslaget behandlas i avsnitt 8.2.

Första stycket är endast en erinran om socialnämndens skyldighet att göra anmälan till regionen om det finns skälig anledning att anta att en person är i behov av sluten psykiatrisk vård och den enskilde motsätter sig att frivilligt söka sådan vård.

Enligt andra stycket ska regionen säkerställa att det finns rutiner för hur socialnämnden ska kunna komma i kontakt med regionen och för hur anmälningarna ska tas emot och bedömas.

Se även kommentaren till 2 kap. 9 § socialtjänstlagen.

2 a §

Kontroll- och tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden.

Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas.

Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

Förslaget behandlas i avsnitt 7.4.

Ändringen i första stycket är en följd av den nya bestämmelsen i 23 c § om patientens skyldighet att på begäran lämna prover för kontroll om patienten är påverkad av alkohol eller något annat medel. Även vid begäran om provtagning ska proportionalitetsbestämmelsen beaktas. Skälen för att vidta en kontrollåtgärd ska ställas i relation till de olägenheter ingripandet innebär för den enskilde. Se även kommentaren till 23 c §.

2 b §

Kontroll- och tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

Ändringen är en följd av den nya bestämmelsen i 23 c §. Se kommentaren till den bestämmelsen och 2 a §.

3 §

Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning *eller av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende* och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt.

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller

2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning enligt första stycket utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning *eller det skadliga bruket eller beroendet* är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Förslaget behandlas i avsnitt 7. 2.

I *första stycket* kompletteras bestämmelsen med att tvångsvård även får beslutas om patienten lider av ett *allvarligt skadligt bruk eller beroende*. Liksom vid en allvarlig psykisk störning ska även övriga förutsättningar i paragrafen föreligga för ett beslut om tvångsvård.

Förutsättningarna för tvångsvård gäller för alla oavsett ålder. Är den tvångsvårdade ett barn behöver dock särskilda hänsyn tas, bland annat mot bakgrund av barnkonventionen. Detta, liksom förhållandet mellan LPT och LVU, behandlas närmare i avsnitt 7.2.3.

Allvarligt skadligt bruk eller beroende

Allvarligt skadligt bruk eller beroende är, på samma sätt som en allvarlig psykisk störning, ett juridiskt begrepp som utgår från psykiatriska tillstånd och dess konsekvenser.

En bedömning av om en psykisk störning är allvarlig ska ske utifrån störningens art och grad (prop. 1990/91:58 s. 239). För att ett *allvarligt* skadligt bruk eller beroende ska anses föreligga ska bedömningen ske utifrån störningens grad. Det skadliga bruket eller beroendet ska vara av sådan grad att det föreligger en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa. Med *grad* avses de konsekvenser det skadliga bruket eller beroendet medför. *Påtaglig risk* innebär att det ska finnas konkreta omständigheter som visar att patienten riskerar att avlida eller drabbas av allvarlig fysisk eller psykisk sjukdom. Med konkreta omständigheter avses uppgifter om patientens tillstånd som framkommer vid undersökningen eller av anamnesen. Dessa kan vägas samman med information som kommer från patientens omgivning eller vårdkontakter. Risker behöver inte vara omedelbar. Det ska dock vara fråga om en konkret risk och en inte alltför avlägsen risk. Det måste också finnas ett konkret samband mellan den påtagliga risken och patientens hälsotillstånd. Med *liv eller hälsa* avses att patienten riskerar att avlida eller drabbas av fysisk eller psykisk sjukdom.

Ett *skadligt bruk* är som regel inte att betrakta som ett *allvarligt* skadligt bruk i juridisk mening. Däremot kan ett skadligt bruk i undantagsfall vara av sådan grad, det vill säga få sådana konsekvenser, att det finns en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa. Det kan till exempel handla om en person som, vid det aktuella tillfället och upprepade gånger tidigare, i samband med intag av substanser utsatt sig själv för allvarlig fara exempelvis genom självmordsförsök eller överdoser.

I bestämmelsen regleras inte vilka *substanser eller andra beroenden* som kan föranleda tvångsvård utan detta avgörs med ledning i veten-

skap och beprövad erfarenhet och utifrån i Sverige och internationellt vedertagna diagnossystem. Förutom ett skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika faller i princip även icke narkotikaklassade läkemedel och vissa beroenden av annat än substanser, såsom spel om pengar, in under bestämmelsen. Vilka tillstånd som omfattas kan förändras över tid. En utförlig beskrivning av hur olika substanser ska bedömas framgår i avsnitt 7.2.3 s. 233 ff..

Vid *beroende av annat slag än substansberoende* är det i princip enbart när tillståndet är livshotande som det kan anses föreligga ett allvarligt skadligt bruk eller beroende, såsom vid suicidrisk eller att en person helt slutar äta till följd av beroendet. Ett beteende, exempelvis spel om pengar, som medför stora sociala konsekvenser är inte i sig grund för tvångsvård. Däremot kan det vara skäl att erbjuda den enskilde behandling och andra insatser på frivillig väg.

Samsjuklighet kan påverka bedömningen av om det föreligger ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Det är dock inte en självständig förutsättning för att kunna bereda någon tvångsvård, utan förekomsten av ytterligare ett psykiatriskt tillstånd kan göra att det skadliga bruket eller beroendet bedöms utgöra en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa.

En användning av flera *olika substanser i kombination* kan också öka hälsoriskerna vilket kan vägas in vid bedömningen av om det föreligger ett allvarligt skadligt bruk eller beroende.

I samband med prövningen av om det föreligger ett allvarligt skadligt bruk eller beroende måste, precis som i fråga om allvarlig psykisk störning, hänsyn tas till växlingar i tillståndet och risken för återfall om vården eller behandlingen avbryts för tidigt. Den psykiska störningen har ansetts vara av allvarlig art så länge påtaglig risk föreligger för att de psykiska symtomen återkommer om behandlingsinsatserna avbryts (prop. 1990/91:58 s. 87). Risken för återfall ska dock vara konkret. Att en person inte är villig att avstå från bruk av vissa substanser är i sig inte grund för fortsatt tvångsvård. Det ska finnas kliniska indikationer på att ett återupptaget bruk i närtid leder till att det allvarliga tillståndet som föranledde intagningen återkommer.

För att det ska kunna beslutas om tvångsvård, och för att tvångsvården ska kunna fortgå, måste patientens tillstånd bland annat uppfylla förutsättningarna för en allvarlig psykisk störning *eller* för ett skadligt bruk eller beroende. En patient som tagits in för att förutsättningarna för en allvarlig psykisk störning var uppfyllda kan i ett

senare skede behöva fortsatt tvångsvård för att kriterierna för ett allvarligt skadligt bruk eller beroende är uppfyllda, även om de för allvarlig psykisk störning inte längre är det. Det kan också vara omvänt, att kriterierna för allvarligt skadligt bruk eller beroende är uppfyllda vid intagningen men att vården senare behöver fortgå för att en allvarlig psykisk störning föreligger. Vilken grund som utgör förutsättning för tvångsvård vid intagning och för fortsatt vård påverkar inte vårdens innehåll utan det avgörs av de individuella behoven i varje enskilt fall. Det behövs inte ett nytt vårdintyg eller nytt intagningsbeslut när tillståndet ändras från allvarlig psykisk störning till allvarligt skadligt bruk eller beroende eller tvärtom. Genom att ett av tillstånden bedömts föreligga vid vårdintygsbedömningen och vid intagningsbeslutet är den delen av förutsättningen för tvångsvård som avser ”*allvarlig psykisk störning eller allvarligt skadligt bruk eller beroende*” uppfylld.

Oundgängligt vårdbehov

För sluten psykiatrisk tvångsvård krävs även, enligt *första stycket 1*, att patienten har ett *oundgängligt behov* av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Detta gäller även vid ett skadligt bruk eller beroende (avsnitt 7.2.3). Det är för tvångsvård inte tillräckligt att det skadliga bruket eller beroendet påtagligt riskerar patientens liv eller hälsa. Oundgänglighetskravet innebär att den påtagliga risken inte kan hanteras på något annat sätt än genom kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Liksom vid vårdbehovsbedömningen vid en allvarlig psykisk störning måste även övervägas om vårdbehovet kan tillgodoses på annat sätt med stöd från patientens omgivning till exempel socialtjänsten eller den samordnade vård- och stödverksamheten som föreslogs i delbetänkandet SOU 2021:93.

Det oundgängliga vårdbehovet avser kvalificerad *psykiatrisk* vård. Även om ett allvarligt somatiskt tillstånd kan ligga till grund för bedömningen att det föreligger ett skadligt bruk eller beroende är det behovet av *psykiatrisk* vård som ligger till grund för vårdbehovsbedömningen. Det kan till exempel finnas behov av kvalificerad psykiatrisk vård för att patienten ska bli i stånd att ta emot somatisk vård eller

för att patienten behöver vara i en nykter och drogfri miljö som gör nödvändig somatisk vård möjlig. Somatisk vård förutsätter dock patientens samtycke till vård, såvida inte patienten är medvetlös eller så omtöcknad eller av annan orsak är ur stånd att ge ett rättsligt giltigt medgivande till behandling. Detta torde dock förutsätta att det inte är känt att patienten skulle ha motsatt sig behandlingen. Bestämmelserna i brottsbalken om nöd kan också vara av relevans om det handlar om att avvärja fara för liv eller hälsa (jfr prop. 1990/91:58 s. 258). Ett oundgängligt vårdbehov kan exempelvis föreligga om patienten har ett behov av abstinensbehandling som kräver kvarstående på sjukhus eller vid ett eskalerande bruk av smärtstillande opioider eller bensodiazepiner som leder till överhängande överdosrisker. Det kan också handla om en situation då en patient som vårdas på grund av en överdos av någon substans uttrycker en vilja att avsluta sitt liv eller förhåller sig likgiltig till en påtaglig risk att avlida på grund av sitt skadliga bruk eller beroende.

Oundgänglighetskravet för slutna psykiatrisk tvångsvård ska, enligt prop. 1990/91:58 s. 95, inte uppfattas som att vårdbehovet ska vara akut. Det skulle kunna leda till att psykiatrisk vård aktualiseras i ett alltför sent skede till exempel när det gäller gradvis uppkommande tillstånd där försenad behandling kan leda till väsentligt längre vårdtider och sämre vårdresultat. En sådan situation kan föreligga även vid ett skadligt bruk eller beroende, där hälsan gradvis blir allvarligt försämrat och där frivilliga behandlingsförsök inte haft avsedd effekt. Ett oundgängligt vårdbehov kan då föreligga för att minska den påtagliga risken för liv eller hälsa.

Hänsynen till patientens *personliga förhållanden* (3 § första stycket) och relationerna till omgivningen är en faktor att räkna med i vårdbehovsbedömningen. Vilka konsekvenser som patientens livssituation och sociala relationer får för tillståndet ska beaktas i vårdbehovsbedömningen. Vårdbehovet kan till exempel påverkas av om patienten saknar bostad eller lever i miljöer där möjligheten att kontrollera sin livssituation och ta ansvar för sin hälsa är starkt begränsade. Enbart sociala omständigheter kan dock inte leda till att ett oundgängligt vårdbehov anses föreligga utan de blir en del av en sammanvägd bedömning.

Ett oundgängligt vårdbehov kan även anses föreligga några dagar efter att ett livshotande tillstånd hävts även om patienten inte har allvarlig somatisk sjukdom eller svår abstinens. Så kan till exempel

vara fallet efter en överdos och patienten drar sig undan fortsatta medicinska insatser och observation, önskar lämna vårdinrättningen så snart det livshotande akuta tillståndet klingat av och utan att hen tagit emot råd om hur en upprepad överdos kan undvikas, exempelvis genom naloxon. I sådana fall kan ett oundgängligt vårdbehov anses föreligga eftersom patienten önskar avstå från åtgärder som kan motverka att patienten åter hamnar i ett livshotande tillstånd. Det samma kan gälla för en patient som tagits in därför att hen varit akut förvirrad i samband med alkohol- eller drogpåverkan och som, när det gått över, kan vara i behov av viss behandling eller stabiliserande insatser. Vården pågår i dessa exempel ofta en kortare tid tills patienten blivit tillräckligt stabil för att ta ställning till fortsatt behandling.

I vissa fall måste vården fortsätta en tid efter att patienten avgiftats och fått abstinensbehandling för att patientens tillstånd ska bli stabilt och för att öka förutsättningarna för att planera och inleda fortsatt behandling och stöd. Det kan vara en nödvändig åtgärd när ett återfall skulle innebära stora medicinska risker. Det kan också krävas för att initiera somatiska insatser för mycket allvarliga sjukdomstillstånd. Den somatiska vården kan dock inte ges utan samtycke. Finns en reell risk för återfall som riskerar att leda till en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa, genom exempelvis ett psykosgenombrott eller en överdos, kvarstår det oundgängliga behovet av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Risken för återfall måste bedömas individuellt och kunna hänföras till konkreta omständigheter. En risk för återfall finns alltid vid beroendetillstånd och föranleder inte i sig ett oundgängligt behov av vård på psykiatrisk sjukvårdsinrättning. Inte heller enbart den omständigheten att en person inte är beredd att avstå från bruk av vissa substanser är grund för fortsatt tvångsvård. Det ska finnas kliniska indikationer på att ett återupptaget bruk i närtid leder till att det allvarliga tillstånd som föranledde intagningen återkommer. När en patients tillstånd förbättrats så att det blir möjligt att erbjuda och planera behandling föreligger normalt sett inte förutsättningar för tvångsvård. Exempelvis kan förekomsten av samsjuklighet, patientens livsmiljö och om patienten riskerar att utsätta andra för hot eller våld påverka bedömningen av om förutsättningarna kvarstår.

Ett oundgängligt vårdbehov kan föreligga under en längre tid (prop. 1990/91:58 s. 95). En längre vårdtid kan vara aktuell för en patient med psykosjukdom och skadligt bruk eller beroende som

lever under utsatta sociala förhållanden och som förhåller sig negativt till vård- och stödinsatser. I ett sådant fall kan det krävas längre tid att uppnå en stabilare psykisk hälsa och för att etablera kontakt exempelvis med den samordnade vård- och stödverksamheten, eller andra verksamheter som bedriver vård och stöd. I ett sådant fall kan det också vara aktuellt med öppen psykiatrisk tvångsvård. Om det tidigare förekommit våld mot närstående eller andra personer kan det påverka bedömningen av hur länge vården behöver pågå. Vårdtiderna kan sålunda variera beroende på patientens tillstånd och behov. Det föreligger normalt sett inte förutsättningar för tvångsvård när effekten av inledande behandling är stabil och andra insatser för det skadliga bruket eller beroendet eller andra psykiatriska tillstånd kunnat erbjudas och planeras. Medverkar patienten i behandlingen finns inte längre förutsättningar för tvångsvård.

Motsätter sig vård

Enligt 3 § *tredje stycket* är en ytterligare förutsättning för vård enligt lagen att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket – dvs. sådan psykiatrisk vård som patienten bedöms vara i ett oundgängligt behov av – eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke. Om patienten till exempel kan tänka sig att stanna kvar på sjukhuset men vägrar genomgå erforderlig behandling kan förutsättningarna för tvångsvård ändå vara uppfyllda. Däremot som regel inte om patienten önskar sig andra behandlingsalternativ som uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet (jfr 7 kap. 1 § patientlagen [2014:821]). Förutsättningar för tvångsvård kan ändå anses föreligga om det önskade behandlingsalternativet inte finns tillgängligt eller av annat skäl inte är lämpligt, givet att det även finns en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa.

Att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hens samtycke kan till exempel vara att patienten gång på gång ändrar sin inställning till vård.

Farlighetsbedömning

Fjärde stycket, som behandlas i avsnitt 7.2.3, kompletteras med att det vid bedömningen av vårdbehovet enligt första stycket även ska beaktas om patienten till följd av sitt *skadliga bruk eller beroende* är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Det finns ett samband mellan skadligt bruk eller beroende och allvarligt våld mot närstående. Det är därför viktigt att risken för våld och hot mot någon som patienten har en nära relation till beaktas vid bedömningen av vårdbehovet.

I begreppet *annan* omfattas såväl närstående som andra i samhället (prop. 1990/91:58 s. 243). Det är dock risken för *patientens* liv och hälsa som ska vara avgörande när behov av tvångsvård bedöms, även om det inte är möjligt att upprätthålla en strikt gräns mellan skyddet för närstående och andra. Att patienten hindras från att skada andra kan dock vara ett väsentligt intresse för patienten och därmed betingat av patientens eget behov (prop. 1990/91:58 s. 98). Detta bör inte uppfattas så att omgivningsskyddet tillmäts endast ringa eller indirekt betydelse. Ett tvångsingripande görs utifrån patientens behov med vederbörlig hänsyn till patientens närstående och andra. Ett aggressivt eller hotfullt beteende kan alltså vägas in vid bedömningen av vårdbehovet hos en person med en allvarlig psykisk störning eller med ett allvarligt skadligt bruk eller beroende.

Farligheten kan avse såväl den fysiska som den psykiska hälsan. Med uttrycket ”annans personliga säkerhet” avses dennes kroppsliga integritet. Psykiska lidanden som personer i patientens omgivning kan utsättas för genom till exempel hot och trakasserier kan utgöra grund för tvångsvård enligt lagen. Däremot avses inte risk för skada på egendom eller någon annan ekonomisk skada i sig. Fara för *patientens eget liv eller dennes hälsa* beaktas direkt enligt första stycket (prop. 1990/91:58 s. 243).

6 a §

I sådana fall som anges i 19 eller 20 § får en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna. Om patienten är under 18 år får dock, i sådana fall som avses i 19 a eller 20 a §,

patienten spännas fast med bälte högst en timme och hållas avskild högst två timmar.

En patient som hålls kvar enligt 6 § får, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa, ges nödvändig behandling.

En patient som hålls kvar enligt 6 § är skyldig att lämna prov enligt 23 c § under de förutsättningar som anges i den bestämmelsen, första stycket.

Beslut enligt denna paragraf fattas av legitimerad läkare. Chefsöverläkaren får besluta om förlängning av de tider som avses i första stycket under de förutsättningar som anges i 19–20 a §§.

Förslaget behandlas i avsnitt 7.4.

Bestämmelsen i *tredje stycket* är ny och en följd av införandet av 23 c § om patientens skyldighet att på begäran lämna prov för kontroll om patienten är påverkad av alkohol eller något annat medel som anges i den bestämmelsen. Begäran om provtagning kan, under de förutsättningar som anges i 23 c § första stycket, ske även i sådana fall då kvarhållningsbeslut är fattat men sålunda före beslut om intagning. Beslut om provtagning när patienten hålls kvar fattas, enligt *fjärde stycket*, av legitimerad läkare. Provtagning får inte begäras rutinemässigt utan det krävs, enligt 23 c § första stycket, andra meningen, att det finns anledning till det.

Se även kommentaren till 23 c §.

6 c §

Chefsöverläkaren får, inom den tid som avses i 7 § första stycket, besluta att den slutna psykiatriska tvångsvården ska övergå i öppen form.

En samordnad vårdplan som avses i 7 a § ska upprättas innan beslut om vård i öppen form.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 7.3.3.

I *första stycket* regleras att chefsöverläkaren får besluta om öppen psykiatrisk tvångsvård under de fyra veckor från dagen för beslutet om intagning som tvångsvård kan pågå utan ansökan hos förvaltningsrätten.

Om patienten bör ges tvångsvård utöver fyra veckor, i öppen eller sluten form, ska chefsöverläkaren liksom i dag ansöka om medgivande till sådan vård enligt vad som framgår av 7 §.

En förutsättning för beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 6 c § är, enligt *andra stycket*, att en samordnad vårdplan enligt 7 a § upprättas innan beslut om vård i öppen form.

Att chefsöverläkaren får besluta om villkoren under den tid som avses i denna bestämmelse framgår av 26 §.

7 §

Om chefsöverläkaren finner att patienten bör ges tvångsvård utöver fyra veckor från dagen för beslutet om intagning, ska chefsöverläkaren före utgången av fyra veckorstiden ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till sådan vård. Chefsöverläkaren ska även ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård när han eller hon *efter fyra veckorstiden* anser att den psykiatriska tvångsvården bör övergå i öppen eller sluten form.

I 26 a § finns särskilda bestämmelser om ansökan till förvaltningsrätten efter chefsöverläkarens beslut att en patient åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård efter tvångsvård i öppen form.

I ansökan ska det anges om vården avser sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård.

I ansökan om sluten psykiatrisk tvångsvård ska det anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka överväganden som har gjorts i fråga om vård i annan form för patienten. Till ansökan ska det fogas en redogörelse för det stöd och den behandling som planeras för patienten under och efter vistelsen på vårdenheten.

I ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård ska det anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården, vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva och, så långt möjligt, patientens inställning till dessa villkor. Till ansökan ska det fogas en sådan samordnad vårdplan som avses i 7 a §.

Förslaget behandlas i avsnitt 7.3.3.

Ändringen i *första stycket* är ett tydliggörande och en följd av den nya 6 c § att chefsöverläkaren får besluta om öppen psykiatrisk tvångsvård under den tid om fyra veckor som, enligt första stycket, tvångs-

vård kan pågå utan förvaltningsrättens medgivande. Om chefsöverläkaren anser att patienten bör ges tvångsvård *utöver fyra veckor* från dagen för beslutet om intagning ska chefsöverläkaren, liksom enligt gällande bestämmelser, före utgången av fyraveckorstiden ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till sådan vård, oaktat ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 6 c §.

Bestämmelsen i *andra stycket* är ny och är endast en erinran om att det i 26 a § finns en särskild bestämmelse om ansökan till förvaltningsrätten efter chefsöverläkarens beslut att patienten åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård efter öppen sådan vård. Se kommentaren till den bestämmelsen.

7 a §

Chefsöverläkaren ska kalla till vårdplanering och upprätta en samordnad vårdplan.

En samordnad vårdplan ska *så långt möjligt* innehålla uppgifter om *patientens mål med vården, hur dessa ska följas upp, och vem som ansvarar för uppföljningen. Planen ska också innehålla en bedömning av om patienten tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet.*

Vårdplanen ska även innehålla uppgifter om

- det bedömda behovet av insatser från regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård,
- beslut om insatser och, så långt möjligt, patientens inställning till insatserna i vårdplanen,
- vilken enhet vid regionen eller kommunen som ansvarar för respektive insats, och
- eventuella åtgärder som vidtas av andra än regionen eller kommunen.

Vårdplanen ska så långt möjligt utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående. Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller regionen som svarar för insatserna. Vårdplanen är upprättad när den har justerats av *de enheter som ska svara för insatserna.*

Chefsöverläkaren ska underrätta berörd enhet vid region, kommun eller annan huvudman om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Vårdplanen kan samordnas med sådana vårdplaner som avses i 16 §, i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och i 4 kap. 2 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Förslaget i *första stycket* behandlas i avsnitt 7.3.4.

Bestämmelsen är ny vad avser att det är chefsöverläkaren som ska *kalla till vårdplanering* och är ett tydliggörande i förhållande till lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, förkortad samverkanslagen. Enligt den lagen, 4 kap. 3 §, ska kallelse till samordnad individuell planering skickas av patientens fasta vårdkontakt. Enligt 4 kap. 1 § andra stycket ska dock, för patienter som vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, planeringen genomföras enligt 7 a § LPT och 12 a § LRV. Eftersom det enligt nu gällande bestämmelse, andra stycket, ankommer på chefsöverläkaren att upprätta vårdplanen tydliggörs att det är chefsöverläkaren som också har att kalla till vårdplaneringen. Att chefsöverläkaren ska *upprätta* den samordnade vårdplanen regleras i gällande lag i andra stycket.

I *andra stycket* införs kompletterande bestämmelser om vad en samordnad vårdplan ska innehålla. Förslaget i *första meningen* att den samordnade vårdplanen, vilket även gäller vårdplanen enligt 16 §, så långt möjligt ska innehålla uppgifter om patientens mål med vården, hur dessa ska följas upp och vem som ansvarar för uppföljningen behandlas i avsnitt 8.3.2.

Det är viktigt för planeringen att det framgår vad patienten vill ha hjälp med eftersom det kan ligga till grund för vilka insatser som ges och hur de ska ges. Även om patienten och hälso- och sjukvården har olika uppfattning om vilka mål som kan vara realistiska eller lämpliga är det viktigt att det framgår och dokumenteras eftersom det vid tvångsvård finns en inbyggd motsättning mellan patienten och hälso- och sjukvården. Ett tydliggörande av eventuella målkonflikter kan också vara av betydelse vid den rättsliga prövningen om medgivande till fortsatt tvångsvård. Målen bör följas med patienten och modifieras över tid i de verksamheter där patienten ska få insatser efter tvångsvården.

Förslaget i *andra stycket andra meningen* behandlas i avsnitt 7.3.4. Bestämmelsen erinrar om att vårdplanen, vilket även gäller vårdplanen enligt 16 §, ska innehålla en bedömning av om patienten tillhör mål-

gruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet. Bedöms så vara fallet ska chefsöverläkaren ta kontakt med vård- och stödverksamheten för vidare bedömning och åtgärder.

Förslaget i *fyärde stycket* behandlas i avsnitt 7.3.4. Ändringarna innebär, jämfört med 7 § femte stycket, ett tydliggörande 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.

Sjätte stycket är nytt och behandlas i avsnitt 8.4. Bestämmelsen är en erinran om att vårdplaner kan samordnas oaktat att det regleras i olika lagar vilket framgår av tidigare förarbeten. Se prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 99 och prop. 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård s. 26.

16 §

En vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård *och ska, så långt möjligt, ange patientens mål med vården, hur dessa ska följas upp och vem som ansvarar för uppföljningen. Vårdplanen ska även ange de behandlings- och utredningsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå. Patienten ska informeras om åtgärderna och insatserna samt syftet med dessa. Så långt möjligt ska planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt ska samråd ske också med dennes närstående.*

Chefsöverläkaren *ska undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten och om patienten tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet. Så långt det är möjligt ska detta ske i samråd med patienten.*

Vårdplanen kan samordnas med sådana vårdplaner som avses i 7 a § och i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) och i 4 kap. 2 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Första stycket första meningen, som behandlas i avsnitt 8.3.2, innehåller en ny bestämmelse om att patientens mål med tvångsvården så långt möjligt ska anges i vårdplanen. Se kommentaren till 7 a §.

Första stycket andra meningen behandlas i avsnitt 8.3.1. Vårdplanen ska, enligt en kompletterande bestämmelse, inte enbart ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås, utan även vilka utredningsåtgärder som är nödvändiga. Det kan exempelvis vara en neuropsykiatrisk utredning, en utredning om huruvida patienten har någon annan funktionsnedsättning eller en utredning om patienten kan vara aktuell för LARO. Det kan också handla om att patientens sociala situation utreds av socialtjänsten.

I *första stycket tredje meningen* införs en ny bestämmelse om att patienten ska informeras om åtgärder och insatser och om syftet med dessa vilket ökar förutsättningarna för patienten att påverka planen i det samråd som enligt samma bestämmelse ska ske med patient och, om det inte är olämpligt, med närstående.

Andra stycket kompletteras med en ny bestämmelse att chefsöverläkaren även ska undersöka om patienten tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Se avsnitt 8.3.3 och kommentaren till 7 a §.

Tredje stycket är nytt och erinrar om att vårdplaner enligt olika lagar kan samordnas. Se kommentaren till 7 a §.

23 c §

En patient är, på begäran, vid ankomsten till vårdinrättningen, skyldig att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov för kontroll av om han eller hon är påverkad av narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådant medel som avses i 1 § lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådan vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Patienten får uppmanas att lämna prov endast om det finns anledning till det.

Skyldigheten enligt första stycket första meningen gäller även om det under vårdtiden kan misstänkas att den intagne är påverkad av någon sådan dryck eller vara eller något sådant medel som anges i första stycket.

Chefsöverläkaren beslutar om provtagning enligt första och andra stycket.

Bestämmelsen är ny och behandlas i avsnitt 7.4.

I *första stycket första meningen* regleras att en patient *vid ankomsten* till vårdinrättningen är skyldig att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov. Detta för kontroll om patienten är påverkad av alkohol, narkotika eller andra medel som räknas upp i bestämmelsen. Med ankomsten avses inte enbart vid intagningen utan hit räknas även att patienten kommer tillbaka efter en avvikning, permission eller kommer tillbaka efter beslut om återintagning från öppen psykiatrisk tvångsvård. En uppmaning att lämna prov ska också kunna ske efter beslut om kvarhållning men före ett formellt intagningsbeslut (se kommentaren till 6 a §).

En uppmaning att lämna prov får enligt *första stycket andra meningen* endast ske om det *finns anledning till det* vilket ska avgöras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Det betyder att det måste finnas ett skäl till provtagningen, till exempel att det finns uppgifter om att patienten har använt narkotika, beroendeframkallande medel eller liknande tidigare. De omständigheter som föregår intagningen kan också inverka på bedömningen om det finns anledning eller inte, exempelvis om patienten påträffats i en miljö där det kan antas ha förekommit narkotika och att det därför finns anledning att ta ett prov för att avgöra om patienten är påverkad. (jfr prop. 2017/18:169 s. 58 och 109). Provtagning får inte ske rutinmässigt.

Enligt *andra stycket* är en patient som *redan är intagen* på vårdinrättningen skyldig att lämna prov om det *kan misstänkas* att han eller hon är påverkad av alkohol, narkotika eller sådana medel som räknas upp i första stycket. För att ett prov ska få tas under tiden en patient är intagen på vårdinrättningen krävs att misstanken är välgrundad (jfr prop. 2000/01:80 s. 178 och prop. 2017/18:169 s. 110).

I *tredje stycket* regleras att det är chefsöverläkaren som ska besluta om provtagning enligt första och andra stycket.

26 §

Den som ges öppen psykiatrisk tvångsvård får vistas utanför sjukvårdsinrättningen.

Vid chefsöverläkarens beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 6 c § ska chefsöverläkaren föreskriva de särskilda villkor som enligt 3 § 2 ska gälla för vården.

Vid rättsens beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 § första stycket 2 som ska gälla för vården. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

De särskilda villkoren får avse

- skyldighet att underkasta sig *provtagning*, medicinering eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud mot att använda berusningsmedel,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller
- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.

Förslaget behandlas i avsnitt 7.3.5 och 7.4.2.

Bestämmelsen i *andra stycket* är ny och en följd av att chefsöverläkaren, enligt 6 c §, får besluta om öppen psykiatrisk tvångsvård inom ramen för de fyra första veckorna av tvångsvården som kan pågå utan domstolsprövning (7 § första stycket). Bestämmelsen i förevarande paragraf ger chefsöverläkaren befogenhet att föreskriva de villkor som ska gälla för vården under fyra veckorstiden. Chefsöverläkarens beslut om meddelande av villkor kan överklagas i enlighet med 33 § 5.

Om det finns ett samband med de villkor chefsöverläkaren föreslår och de insatser som ges av kommunen måste planeringen ske tillsammans med respekt för varandras uppdrag och befogenheter enligt gällande lagstiftning. Villkor som till exempel innebär att personal

ska hindra en person att lämna ett boende är inte förenligt med lagstiftningen.

Förslaget i *tredje stycket* är endast ett förtydligande att villkoren även kan avse provtagning för att påvisa alkohol- eller drogfrihet. Det innebär dock inte att den enskilde kan tvingas att lämna prov. Provtagning är, per definition i 28 kap. 12 § rättegångsbalken, att anse som en kroppsbesiktning, ett kroppsligt ingrepp för vilket varje medborgare åtnjuter ett skydd enligt 2 kap. 6 § regeringsformen.

26 a §

Chefsöverläkaren får besluta att en patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård, om *patientens psykiska tillstånd eller personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att behovet av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen*.

Anser chefsöverläkaren att den slutna psykiatriska tvångsvården bör fortsätta, ska han eller hon, *utom i fall som avses i 6 c §*, senast fyra dagar från dagen för beslutet ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt sådan vård. Föreskrifterna i 7 § tredje stycket tillämpas på en sådan ansökan.

Har en ansökan enligt andra stycket kommit in till förvaltningsrätten, får den slutna psykiatriska tvångsvården fortsätta i avvaktan på förvaltningsrättens beslut.

Om rätten medger att den slutna psykiatriska tvångsvården ska fortsätta, får den pågå under högst sex månader räknat från den dag förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan. I fråga om tvångsvård utöver denna tid tillämpas samma bestämmelser som vid fortsatt tvångsvård enligt 9 §.

Om chefsöverläkaren inte ansöker om fortsatt sluten psykiatrisk tvångsvård enligt andra stycket eller om rätten avslår chefsöverläkarens ansökan om sådan vård, ska det tidigare beslutet om öppen psykiatrisk tvångsvård kvarstå.

Förslaget behandlas i avsnitt 7.3.6.

Enligt gällande regelverk är det förvaltningsdomstolen som ska besluta att den psykiatriska tvångsvården bör övergå i öppen eller sluten form (7 § andra stycket). Om en patient i öppen psykiatrisk

tvångsvård åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård är huvudregeln därför att det ska göras en ansökan om detta till förvaltningsdomstolen. Endast i fall då rättens beslut inte kan avvaktas ges chefsöverläkaren befogenhet att besluta om återintagning.

Ändringen i 26 § *första stycket* innebär att det inte längre krävs att rättens beslut om fortsatt vård inte kan avvaktas för att återintagning ska kunna ske. Inte heller krävs att det är rätten som ska fatta ett sådant beslut. Den befogenheten tillkommer chefsöverläkaren efter en bedömning av om patientens psykiska tillstånd eller personliga förhållanden i övrigt har förändrats så att behovet av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen. Eftersom patienten bedöms åter vara i behov av sluten psykiatrisk tvångsvård måste i grunden förutsättningarna i 3 § för sådan vård vara uppfyllda (*första stycket 1*).

Om den slutna psykiatriska tvångsvården bör fortsätta ska chefsöverläkaren, enligt *andra stycket*, senast fyra dagar från dagen för beslutet ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt sådan vård. Detta gäller dock inte i fall som avses i 6 c §, dvs. då chefsöverläkaren beslutat om öppen psykiatrisk tvångsvård inom den i 7 § stipulerade fyraveckorstiden. Behövs återintagning inom den tiden kan chefsöverläkaren besluta om sådan utan ansökan till förvaltningsrätten. Ett sådant beslut kan överklagas enligt 32 §.

27 §

När det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård, ska chefsöverläkaren genast besluta att tvångsvården ska upphöra. Frågan om tvångsvårdens upphörande ska övervägas fortlöpande.

I samband med tvångsvårdens upphörande ska övervägas om den enskilde tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet.

Bestämmelsen i *andra stycket* är ny och behandlas i avsnitt 8.3.3. Den erinrar om att vid tvångsvårdens upphörande ska övervägas om patienten tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet. Bedöms så vara fallet ska chefsöverläkaren ta kontakt med vård- och stödverksamheten för vidare bedömning och åtgärder.

33 §

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett annat beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. avslag på en begäran om att tvångsvården ska upphöra,
2. förordnande enligt 24 § om förstöring eller försäljning av egendom,
3. avslag på en begäran om tillstånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,
4. återkallelse enligt 25 § tredje stycket av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, eller
5. meddelande av villkor i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 26 § *andra – fjärde* styckena.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättens beslut enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, ska överklagandet ges in till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, ska förvaltningsrätten avvisa det, om förseningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. Överklagandet ska inte avvisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall ska chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till förvaltningsrätten.

Ändringen i *första stycket 5* är en följd av att det i 26 § införs ett nytt stycke om chefsöverläkarens befogenhet att föreskriva de särskilda villkor som enligt 3 § 2 ska gälla vid öppen psykiatrisk tvångsvård som beslutats enligt 6 c §.

Chefsöverläkarens beslut om meddelande av villkor får överklagas enligt denna bestämmelse.

39 §

Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt

denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna sådant uppdrag åt en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen, dock inte när det gäller

1. beslut enligt 6 b § om intagning,
2. *beslut enligt 6 c § om öppen psykiatrisk tvångsvård,*
3. beslut enligt 11 § om övergång från frivillig vård till tvångsvård,
4. ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,
5. beslut enligt 17 § tredje stycket om behandlingen,
6. *beslut enligt 23 c § om provtagning,*
7. beslut enligt 19 § andra stycket och 19 a § andra stycket om förlängning av fastspänning,
8. beslut enligt 20 § andra stycket och 20 a § andra stycket om förlängning av avskiljande,
9. beslut enligt 20 b § om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster,
10. beslut enligt 22 a § om övervakning av försändelser,
11. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller övervakning som anges i 7 och 8, eller
12. beslut eller ansökan om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a §.

Förslaget behandlas i avsnitt 7.3.3 vad gäller den nya bestämmelsen i p. 2. Delegering till annan än läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens kan inte ges när det gäller beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 6 c §, dvs. inom de fyra första veckorna av tvångsvårdstiden. Samma gäller i fråga om den nya bestämmelsen i p 6 som är en följd av förslaget om alkohol- och drogkontroll i 23 c §, vilket behandlas i avsnitt 7.4.

47 §

Om det finns skälig anledning att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning *eller ett allvarligt skadligt bruk eller beroende* och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp, får Polismyndigheten tillfälligt omhänderta honom eller henne i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan

ge honom eller henne sådan hjälp. Den omhändertagne får föras till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling.

Polismyndigheten eller, om det gäller en transport av någon i fall som avses i 6, Kriminalvården ska lämna hjälp på begäran av

1. en läkare som avses i 4 § andra stycket sista meningen för att han eller hon ska kunna genomföra en undersökning för vårdintyg,

2. en läkare som avses i 4 § andra stycket sista meningen eller av chefsöverläkaren för att föra patienten till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats,

3. chefsöverläkaren för att återföra en patient som har lämnat vårdinrättningen utan tillstånd,

4. chefsöverläkaren för att återföra en patient till vårdinrättningen, om denne inte har återvänt dit sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför inrättningens område har gått ut eller tillståndet har återkallats,

5. chefsöverläkaren för att återföra en patient till vårdinrättningen, om denne inte har återvänt dit sedan beslut om slutet psykiatrisk tvångsvård har fattats,

6. chefsöverläkaren för att i annat fall förflytta en patient som är intagen på en sjukvårdsinrättning med stöd av denna lag, eller

7. Socialstyrelsen för att sända hem en patient som är utländsk medborgare och som vårdas enligt denna lag.

En begäran enligt andra stycket får göras endast om

1. det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att åtgärden inte kan utföras utan att de särskilda befogenheter som anges i 10 och 10 a §§ polislagen (1984:387) eller, om det gäller en transport som utförs av Kriminalvården, 4 kap. 4 § och 10 § första stycket häkteslagen (2010:611) behöver tillgripas, eller

2. det annars finns synnerliga skäl.

Kompletteringen i *första stycket*, att Polismyndigheten tillfälligt får omhänderta en person med ett allvarligt skadligt bruk eller beroende, behandlas i avsnitt 8.2.1 och är en följd av hälso- och sjukvårdens ansvar för tvångsvården även vid sådana tillstånd.

Beträffande innebörden av begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende se avsnitt 7.2.3 och kommentaren till 3 §.

13.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

2 a §

Kontroll- och tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden.

Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, *ska* de användas.

Tvång *ska* utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

Förslaget behandlas i avsnitt 7.4.

Ändringen i *första stycket* är en följd av den nya bestämmelsen i 23 c § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, om patientens skyldighet att på begäran lämna prover för kontroll om patienten är påverkad av alkohol eller något annat medel som anges i den bestämmelsen. 23 c § LPT gäller, enligt 8 §, också i fråga om den som vårdas enligt denna lag. Även vid begäran om provtagning enligt 23 c § ska proportionalitetsbestämmelsen beaktas. Se även kommentaren till 23 c § LPT.

2 b §

Kontroll- och tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

Förslaget är en följd av den nya bestämmelsen i 23 c § LPT. Se kommentaren till 2 a §.

9 §

Chefsöverläkaren får ge en patient, som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken utan beslut om särskild utskrivningsprövning, tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för ett visst till-

fälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.

Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med sådana villkor som anges i 26 § *ffjärde* stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd som avses i första stycket om förhållandena kräver det.

Ändringen i *andra stycket* är en följd av att ett nytt stycke införts i 26 § LPT och innebär endast en ändring av vilket stycke i den paragrafen som avses.

10 §

I fråga om den som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning prövas frågan om tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område av förvaltningsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten.

Vid sin prövning ska rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet och verkan av den vård och behandling som patienten genomgått. Tillståndet får ges för ett visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.

Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med sådana villkor som anges i 26 § *ffjärde* stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Förvaltningsrätten får efter ansökan av chefsöverläkaren överlämna åt denne att för en viss patient besluta om tillstånd enligt första stycket. När det finns skäl för det, får förvaltningsrätten återta denna beslutanderätt. Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, om förhållandena kräver det.

Ändringen i *tredje stycket* är en följd av att ett nytt stycke införts i 26 § LPT och innebär endast en ändring av vilket stycke i den paragrafen som avses.

11 §

Den som är intagen i en kriminalvårdsanstalt eller i ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken och som ges rättspsykiatrisk vård får ges tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för ett visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.

Ett tillstånd enligt första stycket får förenas med sådana villkor som anges i 26 § *fjärde* stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Ändringen i *andra stycket* är en följd av att ett nytt stycke införts i 26 § LPT och innebär endast en ändring av vilket stycke i den paragrafen som avses.

12 a §

På ansökan av chefsöverläkaren får förvaltningsrätten medge att den rättspsykiatriska vården ska övergå i öppen eller sluten form eller fortsätta utöver den i 12 § angivna längsta tiden. I ansökan ska det anges om vården avser sluten eller öppen rättspsykiatrisk vård. Vid ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård tillämpas 7 § *femte* stycket och 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Det som sägs där om öppen psykiatrisk tvångsvård gäller i stället öppen rättspsykiatrisk vård.

Medgivande till förlängning av vårdtiden får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från den dag då förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan.

Vid beslut om öppen rättspsykiatrisk vård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 a § första stycket 2 som ska gälla för vården. De särskilda villkoren får vara sådana som anges i 26 § *fjärde* stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

Till ansökan om fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen.

Ändringen i *tredje stycket* är en följd av att ett nytt stycke införts i 26 § LPT och innebär endast en ändring av vilket stycke i den paragrafen som avses.

I *första stycket* hänvisas till 7 § *femte* stycket, vilket endast är en följdändring av ett nytt stycke i 7 §, och till 7 a § LPT. I den senare paragrafen har föreslagits en rad nya bestämmelser bland annat om att chefsöverläkaren ska kalla till samordnad vårdplanering, om vad vårdplanen ska innehålla och att vårdplanen kan samordnas med andra vårdplaner enligt andra bestämmelser. Detta gäller även vid vård enligt denna lag.

Se kommentaren till 7 och 7 a §§ LPT.

13 §

Chefsöverläkaren ska genast besluta att vården av en patient som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken utan beslut om särskild utskrivningsprövning ska upphöra om

1. patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning, eller
2. det inte längre med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han eller hon
 - a) är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång, eller
 - b) ges öppen rättspsykiatrisk vård.

Chefsöverläkaren ska fortlöpande överväga frågan om den rättspsykiatriska vårdens upphörande.

I samband med tvångsvårdens upphörande ska övervägas om den enskilde tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet.

Bestämmelsen i *andra stycket* är ny och behandlas i avsnitt 8.3.3. Den erinrar om att vid tvångsvårdens upphörande ska övervägas om patienten tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet. Bedöms så vara fallet ska chefsöverläkaren ta kontakt med vård- och stödverksamheten för vidare bedömning och åtgärder.

16 a §

En fråga om särskild utskrivningsprövning prövas av förvaltningsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren eller efter ansökan av patienten.

Chefsöverläkaren ska anmäla frågan om särskild utskrivningsprövning senast fyra månader efter det att rättsens beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken blivit verkställbart, eller om patienten kommit till sjukvårdsinrättningen en senare dag, från den dagen. Därefter ska anmälan göras inom var sjätte månad från den dag då förvaltningsrätten senast meddelade beslut i frågan.

Chefsöverläkaren ska genast anmäla en fråga om särskild utskrivningsprövning när han eller hon anser att den rättspsykiatriska vården kan upphöra eller att vården bör övergå till öppen eller slutet rättspsykiatrisk vård.

I samband med tvångsvårdens upphörande ska övervägas om den enskilde tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet.

Vid beslut om öppen rättspsykiatrisk vård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 b § första stycket 3 som ska gälla för vården. De särskilda villkoren får vara sådana som anges i 26 § fjärde stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om de särskilda villkoren. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

Bestämmelsen i *fjärde stycket* är ny och behandlas i avsnitt 8.3.3. Den erinrar om att vid tvångsvårdens upphörande ska övervägas om patienten tillhör målgruppen för sådan verksamhet som bedrivs enligt lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet. Bedöms så vara fallet ska chefsöverläkaren ta kontakt med vård- och stödverksamheten för vidare bedömning och åtgärder.

Ändringen i *femte stycket* är en följd av att ett nytt stycke införts i 26 § LPT och innebär endast en ändring av vilket stycke i den paragrafen som avses.

23 §

Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare, med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna, vid sjukvårdsinrättningen eller den enhet för rättspsykiatrisk undersökning där patienten vårdas att utföra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna ett sådant uppdrag åt en annan läkare vid inrättningen eller enheten, dock inte när det gäller

1. intagning enligt 3 c eller 3 d § för sluten rättspsykiatrisk vård,
2. beslut enligt 5 § om intagning för rättspsykiatrisk vård,
3. ansökan enligt 3 c eller 12 a § om medgivande till fortsatt vård,
4. anmälan enligt 16 a § om särskild utskrivningsprövning,
5. beslut om behandlingen enligt 8 § denna lag jämförd med 17 § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
6. *beslut enligt 23 c § lagen om psykiatrisk tvångsvård om provtagning,*
7. beslut om förlängning av fastspänning enligt 8 § denna lag jämförd med 19 § andra stycket och 19 a § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård,
8. beslut om förlängning av avskiljande enligt 8 § denna lag jämförd med 20 § andra stycket och 20 a § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård,
9. beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,
10. beslut om övervakning av försändelser enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller
11. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller övervakning som anges i 8 och 9.

Förslaget behandlas i avsnitt 7.4 vad gäller den nya bestämmelsen i p. 6. Delegering till annan än läkare med specialistkompetens kan inte ges när det gäller beslut om alkohol- och drogkontroll enligt 23 c § LPT. Se kommentaren till den bestämmelsen.

13.6 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

2 kap.

7 §

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Den individuella planen kan samordnas med annan vårdplanering enligt 7 a och 16 §§ lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, och enligt 4 kap. 2 § lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Fjärde stycket är nytt och behandlas i avsnitt 8.4.

Bestämmelsen är en erinran om att vårdplaner kan samordnas oaktat att det regleras i olika lagar vilket framgår av tidigare förarbeten. Se till exempel prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 99 och prop. 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård s. 26.

8 §

I lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om kommunens skyldighet att gemensamt med regionen bedriva sådan verksamhet.

Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna ska tillgodoses för personer som fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet.

Bestämmelsen är ny. Första stycket föreslogs i SOU 2021:93 och är endast en erinran om kommunens skyldighet att gemensamt med regionen bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet enligt den särskilda lagen.

Andra stycket behandlas i avsnitt 6.5. En fungerande vårdkedja består av olika samordnade, ofta samtidigt insatser, som syftar till att förändra den enskildes situation. En placering utanför det egna hemmet kan utgöra en del av en sådan sammanhållen vårdkedja. Placering i HVB anses vara en socialtjänstinsats, men behandlingsinsatser under placeringen, vilket är ett hälso- och sjukvårdsansvar, kan vara viktig, inte minst i fråga om personer med skadligt bruk eller beroende. Eftersom det kommer att vara två huvudmän som ansvarar för olika delar av de samlade vård- och stödinsatserna är samverkan nödvändig. Kommunen ska därför ingå en överenskommelse med regionen om hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses för dem som vårdas utanför det egna hemmet.

Bestämmelsen gäller den som fyllt 21 år. I 5 kap. 1 d § finns en bestämmelse om överenskommelser om samarbete i fråga om barn och unga. Motsvarande reglering finns i 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

9 §

Socialnämnden är skyldig att anmäla till regionens hälso- och sjukvård om det finns skälig anledning att anta att en person är i behov av sluten psykiatrisk vård och den enskilde motsätter sig att frivilligt söka sådan vård.

Nämnden är skyldig att lämna alla uppgifter som kan vara av betydelse för läkares bedömning av anmälan.

Paragrafen är ny och förslaget behandlas i avsnitt 8.2.

I *första stycket* regleras socialnämndens skyldighet att anmäla till regionen om det finns skälig anledning att anta att en person är i behov av sluten psykiatrisk vård. Med psykiatrisk vård avses i detta sammanhang såväl ett bedömt behov av sluten frivillig psykiatrisk vård som ett behov tvångsvård. Att det ska finnas *skälig anledning att anta* ett sådant behov innebär att omständigheterna ska ge viss grund för att psykiatrisk vård är nödvändig, socialnämnden ska ha tillräckligt fog för en anmälan (jfr prop. 1990/91:58 s. 245 i fråga om skälig anledning för undersökning för vårdintyg).

Anmälningsskyldigheten innebär att den annars rådande sekretessen mellan myndigheterna bryts. Med anmälningsskyldigheten följer en skyldighet att lämna uppgifter om det förhållande som anmälningsskyldigheten omfattar.

I *tredje stycket* finns en bestämmelse om uppgiftsskyldighet. Denna bestämmelse gäller alla uppgifter som kan vara av betydelse för hälso- och sjukvårdens bedömning och innefattar sålunda en vidare skyldighet än vad som följer av anmälningsskyldigheten.

Personer som vårdas utan samtycke

5 kap.

9 b §

Socialnämnden ska aktivt arbeta för att den som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård 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.

Förslaget behandlas i avsnitt 6.4.

Bestämmelsen är liksom rubriken närmast före. Socialnämnden har i dag ett särskilt ansvar för att den som vårdats enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, efter vårdtiden får erforderlig hjälp. Ett sådant ansvar ska fortsatt gälla men då i förhållande till patienter som vårdas enligt LPT och LRV.

Socialnämnden har enligt bestämmelsen skyldighet att aktivt arbeta för att den enskilde får bostad och arbete men också andra former av sysselsättning, såsom arbetsförberedande träningsmodeller och arbetslivsriktad rehabilitering i form av IPS-modellen, men även personligt stöd i syfte att kunna leva ett självständigt liv och återta kontrollen över detta. Skyldigheten gäller vid beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård, öppen rättspsykiatrisk vård och efter att psykiatrisk tvångsvård upphör.

Att aktivt arbeta för innebär en långt gående skyldighet för nämnden. Som regel ska dessa insatser kunna utnyttjas av den enskilde när han eller hon skrivs ut från tvångsvården eller då den sluta tvångsvården övergår i öppen form. Utgångspunkten måste vara att den enskilde inte ska behöva återvända till en miljö och livssituation där det finns små utsikter att upprätta sin fysiska och psykiska hälsa (jfr prop. 1987/88:147, Tvångsvård av vuxna missbrukare m.m., s. 106).

För att kunna fullgöra sin skyldighet enligt bestämmelsen måste socialnämnden så tidigt som möjligt under tvångsvården planera för utskrivningen i samverkan med regionen.

6 kap.

1 §

Socialnämnden ska sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett

1. familjehem,
2. hem för vård eller boende, eller
3. stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år (stödboende).

Barn i åldern 16–17 år får tas emot i ett stödboende endast om det finns särskilda skäl.

Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård.

Regionen ansvarar enligt 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för att den som *placerats utanför det egna hemmet* erbjuds en god hälso- och sjukvård.

Vården bör utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön.

Första stycket – tredje stycket överensstämmer med nu gällande lag.

Förslaget i *fjärde stycket* behandlas i avsnitt 6.5 och innebär en ändring i förhållande till vad som föreslogs i SOU 2021:93. Förslaget i *detta* betänkande innebär en erinran om att regionen ansvarar för att alla som placerats utanför det egna hemmet erbjuds en god vård.

Det betalningsansvar som enligt delbetänkandet föreslås träda in om regionen inte tar sitt lagstadgade ansvar ska dock endast gälla vid placering i hem för vård eller boende (HVB).

13.7 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

25 kap.

1 §

Secretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, exempelvis rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, befruktning utanför kroppen, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, omskärelse och åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

Med annan medicinsk verksamhet förstås enligt denna lag även verksamhet som bedrivs av Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård.

Första stycket gäller inte om annat följer av 7, 8 eller 10 § eller 26 kap. 6 §.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

Bestämmelsen i *andra stycket* är ny och behandlas i avsnitt 9.2.

Kommissionens verksamhet omfattas av hälso- och sjukvårdssekretessen i första stycket. Eftersom kommissionen ska ha befogenhet att besöka vårdinrättningarna och samtala med såväl personal som patienter föreskrivs i denna bestämmelse att sekretess gäller som i övrigt inom hälso- och sjukvården. I 16 kap. 15 § patientsäkerhetslagen (2014:821) finns en bestämmelse om uppgiftsskyldighet

till kommissionen för hälso- och sjukvårdspersonalen (se kommentaren till den bestämmelsen).

13.8 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

6 kap.

15 §

Utöver vad som annars följer av lag eller förordning är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att lämna ut sådana uppgifter som

1. gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av en domstol, en åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket,

2. begärs av Säkerhetspolisen i ett enskilt fall och behövs i myndighetens verksamhet för personskydd för

a) statschefen, tronföljaren, en annan medlem av kungahuset, en talman, en riksdagsledamot, statsministern, ett statsråd, en statssekreterare eller kabinettssekreteraren,

b) en person vars personskydd Säkerhetspolisen ansvarar för i samband med statsbesök och liknande händelser, eller

c) en person som Säkerhetspolisen i ett enskilt fall har beslutat om personskydd för,

3. behövs för en rättsmedicinsk undersökning,

4. Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor behöver för sin verksamhet,

5. behövs för prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning eller polisprogrammet, eller

6. behövs för prövning av någons lämplighet att ha körkort, traktorkort eller taxiförarlegitimation enligt taxitrafiklagen (2012:211).

7. *Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård behöver för sin verksamhet.*

Förslaget behandlas i avsnitt 9.2.

Bestämmelsen i 15 § 7 är ny och en följd av förslaget om inrättandet av den kommission som ska verka för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård. Eftersom Kommissionen ska ha befogenhet

att besöka vårdinrättningarna och samtala med såväl personal som patienter gäller hälso- och sjukvårdssekretessen i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen för verksamheten. Att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att lämna ut sådana uppgifter som kommissionen behöver för sin verksamhet föreskrivs i denna bestämmelse.

13.9 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

5 kap.

4 §

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

För en trygg och meningsfull vård ska det, där det ges sluten psykiatrisk vård enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, bedrivas ett ständigt utvecklingsarbete i syfte att

- förbättra vårdens innehåll,*
- stärka patientens inflytande och delaktighet samt*
- minska användningen av tvångsåtgärder.*

Bestämmelsen i *andra stycket* är ny och behandlas i avsnitt 9.1.

I all psykiatrisk heldygnsvård där det bedrivs tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och enligt lagen (1991:1128) om rättspsykiatrisk vård ska det, för en trygg och meningsfull vård, bedrivas ett ständigt utvecklingsarbete.

Utvecklingsarbetet ska förbättra vårdinnehållet bland annat med avseende på behandlingsinnehåll, bemötande, fysisk miljö och meningsfulla aktiviteter och öka patientens inflytande och delaktighet, både på individ- och verksamhetsnivå.

Utvecklingsarbetet ska också syfta till att minska användningen av tvångsåtgärder. Det avser bland annat uppföljning av vad som minskar tvångsåtgärder för enskilda och grupper av patienter, beaktande av patienternas erfarenheter av tvångsåtgärder och ett systematiskt arbete för att minska hot och våld mot personal och patienter.

Vad som avses med en trygg och meningsfull trygg innebär allt från fysisk vårdmiljö till bemötandefrågor. Detta exemplifieras och konkretiseras i avsnitt 9.1.2 och 9.1.3.

Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård som föreslås inrättas (avsnitt 9.2) har i uppdrag att följa om den psykiatriska slutenvården är trygg och meningsfull. Kommissionen ska också stödja utvecklingsarbetet, ta fram kriterier för hur utvecklingsarbetet ska följas upp och genomföra sådan uppföljning. Se även kommentaren till instruktion för Socialstyrelsen.

8 kap.

11 §

Regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård som han eller hon behöver. Vården ska organiseras så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

Regionen ansvarar för att den som omhändertagits enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. erbjuds en god hälso- och sjukvård.

Bestämmelsen är i sin helhet ny. Första stycket föreslogs i delbetänkandet SOU 2021:93 och är en erinran om hälso- och sjukvårdens ansvar för behandling vid skadligt bruk eller beroende.

Förslaget i andra stycket behandlas i avsnitt 6.8 i detta betänkande. I bestämmelsen uttrycks regionernas ansvar att bereda vård för berusade personer som omhändertas av polisman enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer, förkortad LOB. Bestämmelsen avses förtydliga ansvarsfördelningen mellan regioner och Polismyndigheten.

Se även kommentarerna till 3 och 4 §§ LOB.

8 kap.

12 §

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som *placerats utanför det egna hemmet* enligt 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Regionen ska, efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen, tillsammans med kommunen, upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 §, om det inte är uppenbart obehövt. Planen ska vara upprättad inom två veckor efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen.

Regionen svarar för att det av planen framgår vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av, hur de ska genomföras och följas upp.

Förslaget i *första stycket* behandlas i avsnitt 6.5.2.

Det är en ändring mot vad som föreslogs i delbetänkandet SOU 2021:93 som innebär att regionen ska erbjuda alla som placeras utanför det egna hemmet, till exempel i familjehem, enligt socialtjänstlagen (2001:453) en god hälso- och sjukvård.

Andra och tredje stycket motsvarar vad som föreslogs i delbetänkandet.

16 kap.

3 §

Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,
2. personer *med skadligt bruk eller beroende av* alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar,
3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet
4. *hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses för personer som fyllt 21 år och som vårdas utanför det egna hemmet.*

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Ändringen i *första stycket 2*, föreslogs i delbetänkandet 2021:93, och är endast redaktionell.

Den nya bestämmelsen i *första stycket 4* behandlas i avsnitt 6.5. En fungerande vårdkedja består av olika samordnade, ofta samtidiga insatser, som syftar till att förändra den enskildes situation. En placering utanför det egna hemmet kan utgöra en del av en sådan sammanhållen vårdkedja. Placering i HVB anses vara en socialtjänstinsats, men behandlingsinsatser under placeringen, vilket är ett hälso- och sjukvårdsansvar, kan vara viktiga, inte minst i fråga om personer med skadligt bruk eller beroende. Eftersom det kommer att vara två huvudmän som ansvarar för olika delar av de samlade vård- och stödinsatserna är samverkan nödvändig. Regionen ska därför ingå en överenskommelse med kommunen om hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses för dem som vårdas utanför det egna hemmet.

Bestämmelsen i p. 4 gäller den som fyllt 21 år. Motsvarande reglering finns i 2 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453).

16 kap.

4 §

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Den individuella planen kan samordnas med annan vårdplanering enligt 7 a och 16 §§ lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, och enligt 4 kap. 2 § lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Förslaget behandlas i avsnitt 8.4.

Femte stycket är nytt och är en erinran om att vårdplaner kan samordnas oaktat att det regleras i olika lagar vilket framgår av tidigare förarbeten. Se till exempel prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 99 och prop. 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård s. 26.

13.10 Förslaget till lag om ändring i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

1 kap.

3 §

I denna lag avses med

1. hälso- och sjukvård: åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter,
2. socialtjänst: insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt *den särskilda författningen* om vård utan samtycke av unga,
3. sluten vård: hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning,
4. öppen vård: annan hälso- och sjukvård än sluten vård, och
5. utskrivningsklar: att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården.

Förslaget behandlas i avsnitt 8.5.

Ändringen i *första stycket 2* är en följd av att lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall föreslås upphävas.

4 kap.

2 §

Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453). Planen får upprättas om patienten samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Den individuella planen kan samordnas med sådana vårdplaner som avses i 7 a och 16 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Förslaget behandlas i avsnitt 8.4. *Andra stycket* är nytt och är en erinran om att vårdplaner kan samordnas oaktat att det regleras i olika lagar vilket framgår av tidigare förarbeten. Se till exempel prop. 2007/08:70, Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården, s. 99 och prop. 2016/17:106 Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård s. 26.

4 kap.

3 §

En kallelse till den samordnade individuella planering som avses i 1 § första stycket ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården.

Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter det att en underrättelse enligt 3 kap. 1 § om att patienten är utskrivningsklar har lämnats.

För en patient som vårdas enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska kallelsen skickas snarast efter det att en sådan enhet som avses i 2 kap. 5 § tagit emot inskrivningsmeddelandet och en fast vårdkontakt utsetts eller, så snart ett behov av insatser från region och kommun har identifierats.

Kommunen är skyldig att delta i en planering enligt tredje stycket.

Förslaget behandlas i avsnitt 8.5.

Tredje stycket är nytt och innebär att för patienter som vårdas enligt LPT eller LRV ska kallelsen till en samordnad individuell planering skickas snarast efter det att en enhet i den regionfinansierade

öppna vården tagit emot inskrivningsmeddelandet och den fasta vårdkontakten utsetts, eller, så snart därefter som ett behov av insatser från både region och kommun har identifierats. I 7 a § LPT till vilken LRV hänvisar, regleras att det är chefsöverläkaren som ska kalla till upprättandet av en sådan samordnad vårdplan som ska finnas för patienter som ges öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård.

Fjärde stycket är nytt och ålägger kommunen att delta i en vårdplanering för tvångsvårdade patienter vilket motiveras av vikten av att en planering inte bromsas upp.

13.11 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

2 §

Chefsöverläkaren ska svara för att en särskild förteckning förs över de patienter som avses i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Chefsöverläkaren ska också se till att journalen för en sådan patient, utöver vad som följer av patientdatalagen (2008:355) och föreskrifter meddelade med stöd av den lagen, innehåller

1. vårdintyget eller kopia av det,
2. uppgift om tidpunkten för patientens ankomst till sjukvårdsinrättningen,
3. uppgift om beslut i fråga om tvångsvård enligt 6 b eller 11 § eller 14 § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller i fråga om rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken eller enligt 5 § lagen om rättspsykiatrisk vård,
4. uppgift om huruvida patienten överklagat beslut som avses i 3 och om rättens beslut då överklagande skett,
5. uppgift om ansökan enligt 7, 9, 12, 14 § andra stycket eller 26 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller om ansökan eller anmälan enligt 3 c, 3 d, 12 a eller 16 a § lagen om rättspsykiatrisk vård samt om rättens beslut med anledning av ansökan eller anmälan,
6. vårdplanen,

7. uppgift om samråd med patienten och dennes närstående enligt 16 eller 17 § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

8. uppgift om tvångsåtgärd enligt 6 eller 6 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård jämte skälen för åtgärden,

9. uppgift om

a) tvångsåtgärd enligt 18–20 a eller 23 § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden,

b) underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 19, 19 a, 20 eller 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, och

c) tidpunkten när erbjudandet om sådant uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd som avses i 18 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård lämnades till patienten, patientens inställning till erbjudandet och, i förekommande fall, tidpunkten då samtalet genomfördes,

d) *uppgift om provtagning enligt 23 c § lagen om psykiatrisk tvångsvård jämte skälen för och resultatet av åtgärden,*

10. uppgift om tvångsåtgärd enligt 20 b eller 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden samt om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 22 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

11. uppgift om beslut om upphörande av sådan tvångsåtgärd som anges i 10,

12. uppgift om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 22 c § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

13. uppgift om omhändertagande av egendom och om kontroll av försändelser,

14. uppgift om överförande till annan sjukvårdsinrättning, utan att beslut fattats om att tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården ska upphöra,

15. uppgift om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område och särskilda villkor i samband därmed och om medgivande enligt 10 a eller 10 b § lagen om rättspsykiatrisk vård samt återkallelse av ett sådant tillstånd eller medgivande,

16. uppgift om tvångsvårdens eller den rättspsykiatriska vårdens upphörande,

17. uppgift om avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område eller om medgivande enligt 10 a eller

10 b § lagen om rättspsykiatrisk vård eller om att tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården ska upphöra,

18. uppgift om

a) huruvida patienten överklagat beslut som avses i 17 eller beslut om förstöring eller försäljning av egendom,

b) beslut om särskilda villkor i samband med vistelse utanför vårdinrättningens område,

c) återkallelse av tillstånd till sådan vistelse,

d) chefsöverläkarens beslut om villkor enligt 26 § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 12 a § tredje stycket eller 16 a § fjärde stycket lagen om rättspsykiatrisk vård,

e) chefsöverläkarens beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller om sluten rättspsykiatrisk vård enligt 3 c § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård, och

f) rättsens beslut med anledning av överklagandet,

19. uppgift om

a) underrättelse enligt 26 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård till en patientnämnd,

b) anmälan till en sådan nämnd att det kan finnas skäl att utse en stödperson, och

c) nämndens beslut med anledning av anmälan,

20. uppgift om annat beslut av en patientnämnd som rör patienten,

21. uppgift om när patienten fått upplysningar enligt 30 § första stycket och 48 § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 26 § första stycket och 30 § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård,

22. uppgift om att målsäganden önskar få sådan underrättelse som sägs i 28 § lagen om rättspsykiatrisk vård samt om när sådan underrättelse har lämnats, och

23. uppgift om när rättsens handlingar och beslut i mål om sluten vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller sluten vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård har överlämnats till patienten.

Förslaget behandlas i avsnitt 7.4.

Bestämmelsen i 9 d är ny och föranleds av förslaget i 23 c § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård om skyldigheten för patienten att lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov för kon-

troll av om patienten är påverkad av alkohol, narkotika eller andra i bestämmelsen uppräknade medel.

Se kommentaren till 23 c §.

13.12 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen

18 c §

Inom myndigheten finns ett särskilt organ som benämns Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård. Kommissionen ska

- 1. öka kunskapen om tvångsvårdens bedrivande,*
- 2. förstärka patienternas rättssäkerhet och*
- 3. stödja utvecklingen av en trygg och meningsfull tvångsvård.*

Bestämmelsen är ny och behandlas i avsnitt 9.2.

Kommissionens uppdrag är att följa utvecklingen inom tvångsvården med fokus på rättssäkerhet och att bedriva kunskapsförmedling. Kommissionen har rätt att göra verksamhetsbesök och ha kontakter med patienter och anhöriga. Vidare ska kommissionen följa utvecklingen inom området genom att sammanställa forskning, myndighetsrapporter och sammanställningar av de egna kontakterna med vården och patienterna. Kommissionen ska också bedriva kunskapsutveckling med särskild fokus på en trygg och meningsfull tvångsvård utifrån den föreslagna bestämmelsen i 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

När kommissionens arbete avser barn ska barnkonventionens bestämmelser beaktas.

En viktig uppgift för kommissionen är att fånga patienternas erfarenheter och perspektiv på vården och dess resultat. Kommissionens analyser ska fokusera på om vården är trygg och meningsfull och om planeringen av vården sker ur ett helhetsperspektiv utifrån patientens mål så som föreskrivs i lagstiftningen.

Kommissionen ska rapportera och lämna förslag till regeringen hur statliga myndigheters uppföljning, kunskapsstöd och granskning av tvångsvården kan utvecklas.

Särskilt yttrande

Sara Lövenhag, expert

Inledning

Samsjuklighetsutredningen har regeringens 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. Utredningen föreslog i ett delbetänkande (SOU 2021:93) en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet. Reformen förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och stöd till alla personer med skadligt bruk eller beroende.

Utredningen har även fått ett tilläggsuppdrag om att lämna förslag på en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Förslaget ska lämnas utifrån utredningens analys av för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT för att bland annat göra tvångsvårdslagstiftningen mer flexibel i sin utformning och säkerställa att insatser ges utifrån den enskildes behov. Förslagen ska också stärka rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som ska vårdas med stöd av den gemensamma tvångsvårdslagstiftningen. Utredningen ska även ta ställning till och bedöma eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan de berörda huvudmännen kommun, region och Statens institutionsstyrelse som följd av föreslagna lagändringar.

Undertecknad är förordnad som expert i utredningen och lämnar nedan invändningar på delar av utredningens förslag gällande tilläggsuppdraget som beskrivs ovan.

Utredningens förslag

Utredningen anser bland annat att regionen ska ha ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna under hela vårdprocessen och föreslår därför att regionen ska ansvara även för vård utan samtycke vid skadligt bruk och beroende. Den slutna tvångsvården ska ges enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård på en sjukvårdsinrättning som drivs av regionen. Förslaget innebär att ingen tvångsvård kommer att bedrivas på särskilda institutioner och Statens institutionsstyrelse (SiS) kommer inte längre att ha ett sådant uppdrag. Utredningen har i sitt förslag beskrivit motiven för sin inriktning som är att all sluten tvångsvård ska ske med regionen som huvudman utifrån fem huvudsakliga skäl. Dessa bemöts i avsnittet nedan.

Invändningar mot utredningens förslag

Skälen bakom förslag om huvudmannaskap

Som skäl till förslaget anges att tvångsvård ska vara en del av en sammanhållen vårdkedja, att vården behöver bli mer individanpassad, ges i den enskildes närmiljö, att tillgången till evidensbaserade behandlingar behöver öka och att samsjuklighet behöver uppmärksammas. Jag instämmer i stora delar i dessa behovs- och problemformuleringar men jag invänder mot att lösningen ligger i att skifta huvudmannaskap från SiS till regionernas psykiatriska kliniker.

Jag delar betänkandets inriktning med syftet att stärka målgruppens rätt till insatser för liv och hälsa men tror att föreslagen reform är förenad med en rad risker för målgruppen, samt kan leda till nya gränsdragningsproblem. SiS har samtidigt lämnat förslag på andra, mindre omfattande vägar för att nå samma mål och resultat.

Skälen individanpassade och evidensbaserade insatser

Vad beträffar individanpassade och evidensbaserade insatser behöver det nämnas att en verksamhets storlek har bäring på möjligheterna att erbjuda behovsanpassad differentierad vård. Jag ser att SiS i form av nationell vårdgivare har en styrka i att kunna bedöma vårdbehov över hela landet och därefter placera behovsenligt utifrån en relativt

bred palett av mottagande institutioner. Ett regionalt huvudmannaskap medför att varje region ska bedöma och behandla ett mindre antal individer, vilket jag befarar kan medföra svårigheter att upprätthålla beredskap och kompetens på målgruppens olika evidensbaserade bedömnings-, behovs- och insatsområden. Detta försvårar inte bara målgruppens tillgång till individanpassade och evidensbaserade insatser, utan även tillgången till nationellt jämlik vård. Jag ser också att den nationellt jämlika vården kan äventyras genom att ansvaret för målgruppen sprids över flertalet utövare och minskar möjligheterna till sammanhållen uppföljning och utvärdering av insatsernas genomförande och effekter över tid. Mot bakgrund av att både målgruppen och verksamheten är tillräckligt stora, har SiS i dag möjlighet att erbjuda behandling för män och kvinnor på separata avdelningar, utifrån kvinnors ofta omfattande utsatthet inom målgruppen. Den könsuppdelade vården ökar tryggheten för de placerade kvinnorna och uppdelningen är något som även SiS brukarråd värnar.

Skälen sammanhållen vårdkedja, vård i närmiljön och uppmärksamma samsjuklighet

För att åstadkomma en mer sammanhållen vårdkedja bedömer utredningen att vården oftast behöver ges i den enskildes närmiljö. Detta stämmer i flera fall och kan tyckas vara logiskt av sociala anledningar och av samordningsskäl. Jag vill dock föra fram SiS mångåriga erfarenhet av vikten av att tillfälligt och i vissa fall långsiktigt, bryta med det sociala sammanhang i vilket det skadliga bruket initierats och vidmakthållits, för att öka individens möjligheter till ett liv utan skadligt bruk. Här kommer det finnas fortsatta behov av vård på annan ort. Detta ställer höga krav på samverkansformer och en nationellt sammanhållen vårdkedja för individer som behöver bryta med sin sociala kontext och för personer som av olika anledningar stadigvarande eller tillfälligt väljer att bo i en annan kommun eller region. Jag välkomnar därför utredningens förslag om de samordnade vård- och stödverksamheterna, med medskicket att de behöver anpassas för geografisk rörlighet och vårdbehov som inte tillgodoses enligt närhetsprincipen.

Vad gäller behovet av att uppmärksamma och adressera målgruppens samsjuklighet föreligger sedan länge konsensus hos kommun,

region och stat, medan samstämmighet avseende genomförande och ansvar dröjt. Utredningens förslag om HVB-verksamheter som ägs av regioner och kommuner gemensamt och förslag som rör regionernas utökade ansvar för hälso- och sjukvård inom ramen för kommunernas sociala verksamheter, är hjälpsamma steg för samverkan för dessa behov. Här ser jag dock att det finns ytterligare, ännu icke tillräckligt utredda möjligheter att låta staten ombesörja dessa behov inom ramen för ett tvångsvårdsuppdrag i samverkan med regionala insatser. Mer om detta i avsnittet nedan om utredningens övervägda men avvisade förslag.

Förslaget om huvudmannaskap

Förslaget om SiS som hälso- och sjukvårdsinrättning som övervägts men avisats

De beskrivna behoven och problemen är således kända, men utgör i sig inte tillräckliga skäl för ett regionalt huvudmannaskap eller för att i detta skede avvisa andra och kompletterande alternativ som skulle kunna ge bättre förutsättningar för målgruppens vård, liv och hälsa. Utredningen har övervägt men avfärdat möjligheten att ge regionen det övergripande ansvaret för vården medan SiS svarar för genomförandet. Utredningen ponerade att sådan vård skulle kunnat vara aktuell för individer med särskilda skäl i form av ”särskilt stor risk för avvikning, att det finns andra särskilda säkerhetsrisker eller att personen behöver en längre tids vård i en viss miljö”. De särskilda skälen beskrivs inte ytterligare men jag ser att för SiS klienter med risk för avvikning och möjligt dödliga överdoser, klienter där vård i närmiljön inte är lämpligt, klienter där den sammanlagda behovsprofilen indikerar behov av långvarig slutenvård och för klienter med våldsamt och utagerande beteende, kan det finns skäl att överväga en annan lösning. För gruppen med särskilda skäl och vårdbehov kommer det sannolikt vara fortsatt angeläget med institutionsvård med längre placeringar, något längre bort. Om denna grupp inte bereds behovsenlig vård i rätt kontext, ser jag att det finns risk för sämre vårdutfall, inlåsningseffekter, vårdskador och i värsta fall för tidig död.

Om SiS fortsatt skulle uppdras att genomföra vården för målgruppen skulle det enligt utredningen behöva tillskapas regelverk inom eller

bredvid LPT-lagstiftningen för in- och utskrivning, vårdplanering, eftervårdsplanering, patientens rättigheter, säkerhet och tvångsåtgärder samt för beslut, överklagan och samverkan mellan chefsöverläkare och institutionen. Enligt utredningen skulle det även krävas att institutionerna blev hälso- och sjukvårdsinrättningar med bestämmelser om myndighetens hälso- och sjukvårdsansvar vilket sammantaget gör att utredningen avskriver alternativet. Mot bakgrund av målgruppen stora behov och de beskrivna riskerna ser jag dock stora fördelar med att låta SiS fortsatt utgöra en kompletterande del i vårdkedjan med ett delvis utökat uppdrag.

Ytterligare aspekt som kan behöva beaktas är regionernas ekonomiska och personella utmaningar. Nya behandlingsinsatser, arbetsätt och samverkansmetoder kan bli utmanande att implementera i sedan tidigare ansträngda organisationer och en redan sårbar grupp kan riskera att nedprioriteras i konkurrens med andra etablerade behov. Att avveckla en stor och specialiserad vårdaktör som SiS, kan medföra svårhanterad instabilitet.

Referenser

Offentligt tryck

Betänkanden från riksdagens utskott

Socialutskottet bet. SoU 1979/80:44 *med anledning av proposition 1979/80:1 om socialtjänsten.*

Socialutskottet SoU 1979/80:24 *om tillsättande av en parlamentarisk beredning i anslutning till den sociala vårdlagstiftning om föreslås i propositionen 1979/80: 1 om socialtjänsten.*

Socialutskottet, *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering dnr 2017/18: RFRS 2017.*

Propositioner

Prop. 1954:159 *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om nykterhetsvård m.m.*

Prop. 1979/80:1 *Del A-C om socialtjänsten.*

Prop. 1979/80:172 *om ändrat huvudmannaskap för ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter m.m.*

Prop. 1981/82:8 *om lag om vård av missbrukare i vissa fall, m.m.*

Prop. 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1983/84:174 *om vissa socialtjänstfrågor.*

Prop. 1987/88:147 *om tvångsvård av vuxna missbrukare m.m.*

Prop. 1989/90:28 *om vård i vissa fall av barn och ungdomar.*

Prop. 1990/91:14 *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*

Prop. 1990/91:58 *Psykiatrisk tvångsvård m.m.*

- Prop. 1990/91:96 *om statsbidrag till missbrukarvård och ungdomsvård m.m.*
- Prop. 1992/93:61 *om ändrat huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård.*
- Prop. 1993/94:149 *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*
- Prop. 1993/94:218 *Psykiskt stördas villkor.*
- Prop. 1995/96:176 *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*
- Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
- Prop. 1996/97:124 *Ändring i socialtjänstlagen.*
- Prop. 1997/98:189 *Patientens ställning.*
- Prop. 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande.*
- Prop. 1999/2000:44 *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*
- Prop. 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.*
- Prop. 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*
- Prop. 2002/03:20 *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.*
- Prop. 2002/03:53 *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.*
- Prop. 2004/05:123 *Stärkt rättssäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m.*
- Prop. 2007/08:70 *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.*
- Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*
- Prop. 2008/09:28 *Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning.*
- Prop. 2010/11:107 *Förbättrad utslussning från slutna ungdomsvård.*
- Prop. 2017/18:151 *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan.*
- Prop. 2008/09:82 *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående.*
- Prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrirågor m.m.*
- Prop. 2009/10:57 *Behovsbedömning av annat än ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen.*
- Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*

- Prop. 2010/11:49 *Ansvarsfördelningen mellan bosättningskommun och vistelsekommun.*
- Prop. 2012/13:77 *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården.*
- Prop. 2013/14:106 *Patientlag.*
- Prop. 2016/17:15, *Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksambeter i Sverige.*
- Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*
- Prop. 2016/17:85 *Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk.*
- Prop. 2016/17:94 *Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*
- Prop. 2016/17:106 *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.*
- Prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*
- Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Statens offentliga utredningar (SOU)

- SOU 1948:23 *Betänkande med förslag till lag om nykterhetsvård m.m.*
- SOU 1967:36 *Nykterhetsvårdens läge.*
- SOU 1974:39 *Socialvården, Mål och medel, Principbetänkande av socialutredningen.*
- SOU 1977:40 *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg, Lagar och motiv, Socialutredningens slutbetänkande.*
- SOU 1981:7 *Lag om vård av missbrukare i vissa fall.*
- SOU 1987:22 *Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget.*
- SOU 1992:3 *Psyiskt stördas situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv.*
- SOU 1992:18 *Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll.*
- SOU 1995:5 *Vårdens svåra val.*

- SOU 1996:126 *Doping i folkhälsoperspektiv.*
- SOU 1997:154 *Patienten har rätt.*
- SOU 2004:3 *Twång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård.*
- SOU 2005:82 *Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling.*
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.*
- SOU 2007:72 *Kommunal kompetens i utveckling*
- SOU 2009:32 *Socialtjänsten Integritet – Effektivitet.*
- SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende.*
- SOU 2012:17 *Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd.*
- SOU 2012:33 *Gör det enklare! Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.*
- SOU 2013:2 *Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.*
- SOU 2014:23 *Rätt information på rätt plats i rätt tid.*
- SOU 2015:71 *Barn och ungas rätt till skydd och god vård.*
- SOU 2018:32 *Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst.*
- SOU 2018:39 *God och nära vård – en primärvårdsreform.*
- SOU 2019:29 *God och nära vård – Vård i samverkan.*
- SOU 2019:43 *Med tillit följer bättre resultat.*
- SOU 2020:19 *En god och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*
- SOU 2020:36 *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.*
- SOU 2020:47 *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*
- SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg.*
- SOU 2021:6 *God och nära vård – rätt stöd till psykisk hälsa.*
- SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.*

SOU 2021:93 Från delar till helhet – *En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

Departementsserien

Ds 2004:6 *Sprutbytesverksamhet för injektionsmissbrukare.*

Ds 2015:56 *Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamhet i Sverige.*

Ds 2019:23 *Vägledning vid tolkning och tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter.*

Ds 2001:31 *Omhändertagande av berusade personer enligt LOB.*

Utländskt offentligt tryck

Council of Europe. *Report to the Government of Serbia on the visit to Serbia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT).* CPT/Inf 2012.

Norge

Ot.prp. nr 11 (1998–99) *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven) s. 128 och 133.*

Myndighetspublikationer

Boverket, *Trösklar till bostadsmarknaden. Om hemlöshet som ett bostadsmarknadsproblem*, 2010.

BRÅ, *Frivården i Sverige – en kartläggning*, 2010.

BRÅ, *Utslussning från anstalt*, 2017.

Domstolsverket, *Domstolsstatistik 2020*.

Folkhälsomyndigheten, *Kunskapsstöd för att förebygga spelproblem, Spel om pengar är en folkhälsofråga*, 2022.

Folkhälsomyndigheten, *Hälsa hos personer som är utrikes födda*, 2019.

- Inspektionen för vård- och omsorg – IVO, *Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018.*
- Inspektionen för vård- och omsorg, *Delredovisning av S2021/04972.* 2022.
- Justitiedepartementet. *Tillnyktring vid LOB – en fråga för hälso- och sjukvården.* 2005.
- Justitieombudsmannen. *Granskning av omständigheter som gör att det dröjer innan patienter som ges slutna rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning kan ges öppen rättspsykiatrisk vård.* Dnr O 1-2021. 2022.
- Justitieombudsmannen. *Initiativ om hur Statens institutionsstyrelse använder de särskilda befogenheterna avskiljande och vård i enskildhet.* Dnr 2802-2020. 2022.
- Kriminalvården, *Kriminalvård och Statistik 2021.*
- Kriminalvården, *Utvärdering av Kriminalvårdens behandlingsprogram.* 2014.
- Kriminalvården, *Kriminalvårdens handbok om särskilda utslussningsåtgärder.* 2012.
- Länsstyrelsen, *Vem ser oss? En studie om kvinnor i missbruk och deras upplevelser av våld i nära relation.* 2021.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.* PM 2016:1.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv.* Rapport 2016:2.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Att komma överens. En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården.* Rapport 2017:1.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Laga efter läge, Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård.* 2020.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lob i mål? Uppföljning av satsningen för ett förbättrat omhändertagande av berusade personer.* 2018.

- Polismyndigheten, *Årsrapport 2021*. 2022.
- Riksrevisionen, *Kriminalvårdens arbete med att förebygga återfall*. 2009.
- Socialstyrelsen, *LVM – En handbok för socialtjänsten*, 2021.
- Socialstyrelsen, *LVU – Handbok för socialtjänsten*. 2020.
- Socialstyrelsen, *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2021, 2022*.
- Socialstyrelsen, *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom*, 2011.
- Socialstyrelsen, *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar – Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar*, 2021.
- Socialstyrelsen, *Skylla sig själv, Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem*, 2011.
- Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*. 2015.
- Socialstyrelsen, *Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider*. 2013.
- Socialstyrelsen, *Individ- och familjeomsorg Lägesrapport 2017*.
- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Stöd för styrning och ledning, 2018.
- Socialstyrelsen, *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. 2015.
- Socialstyrelsen, *Utredningar av vissa skador och dödsfall 2018–2021*.
- Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*. 2022.
- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Stöd för styrning och ledning, 2019.
- Socialstyrelsen, *Delrapport – Utveckling av integrerad vård för barn i SiS särskilda ungdomshem*. 2022.
- Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019.

- Socialstyrelsen, *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov*. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård, 2019.
- Socialstyrelsen, *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga*. Öppna jämförelser 2019.
- Socialstyrelsen, *Stärkt stöd till barn som anhöriga*. Slutrapport från regeringsuppdrag 2017–2020. 2020-6-6851.
- Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2020*, 2021.
- Socialstyrelsen, *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2021*, 2022.
- Socialstyrelsen, *Individ- och familjeomsorg Lägesrapport 2021*.
- Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2021 – Missbruks- och beroendevården*, 2021.
- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Stöd för styrning och ledning, 2021.
- Socialstyrelsen, *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar*. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. 2021-4-7277.
- Socialstyrelsen, *Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära*. Underlag till en nationell strategi. 2021-6-7464.
- Socialstyrelsen, *Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning – Kartläggning av patientflöden, insatser och samverkan samt identifiering av brister och utvecklingsområden*, 2021.
- Socialstyrelsen, *Utvärdering av metoden självvald inläggning*. 2021
- Socialstyrelsen, *Tvångsvård enligt LPT*, statistikrapport 2021.
- Socialstyrelsen, *Hemlöshet – omfattning och karaktär*. Hemlöshetskartläggning. 2017. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering – SBU, *Individanpassat stöd till arbete (IPS) för personer med psykisk funktionsnedsättning*, 2020.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Hantering av hot och våld inom psykiatri – riskfaktorer för våld och aggression*. 2016.
- Statens folkhälsoinstitut, *Narkotikabruket i Sverige*, 2010.

- Statens institutionsstyrelsen, *Tvångsvård ur ett juridiskt perspektiv*. Institutionsvård i fokus nr 2 2014.
- Statens institutionsstyrelse, *Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2018. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju*. Institutionsvård i fokus nr 2 2019.
- Statens institutionsstyrelse, *Vård i annan form enligt 27 § LVM*. Institutionsvård i fokus Nr 1 2014.
- Statens institutionsstyrelse, *SiS Årsredovisning 2021*. 2022.
- Statens institutionsstyrelse, *Patientsäkerhetsberättelse för statens institutionsstyrelse 2021*. 2022.
- Statens institutionsstyrelse, *Personer intagna på SiS LVM-hem 2019. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju*. Institutionsvård i fokus nr 3 2020.
- Statens institutionsstyrelse, *SiS i korthet 2020 och 2021*. 2021, 2022.
- Statens institutionsstyrelse, *Lathund journalföring – KAJ Klientadministrativt journalsystem Lathund*. 2021.
- Statskontoret, *Remissvar på Effektiv vård (SOU 2016:2)*. 2016.
- Statskontoret, *Myndighetsanalys av statens institutionsstyrelse*. 2020.
- Statskontoret, *Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Slutrapport. 2018:23.

Övriga referenser

- Alborn S, Berglund K., Boson K., Gerdner A. *Välja väg – Utredning, stöd och behandling vid alkohol- och narkotikaproblem*. Lund: Studentlitteratur. 2023.
- Almvik R., Rasmussen K. & Woods P. (2006). *Challenging behaviour in the elderly monitoring violent incidents*. International Journal of Geriatric Psychiatry vol 21 4,368-74. 2006.
- Berggren C., et al. *Praktiskt ledarskap: en bok om hur man gör när man leder människor*. Liber. 2001.

- Bergmark A. & Oscarsson, L. *Behandlingseffekter inom narkomanvården – en diskussion av forskningsläget och dess implikationer för den socialtjänstbaserade narkomanvården. I: effekter av offensiv narkomanvård*. Socialstyrelsen, Stockholm. 2003.
- Billstedt E., Anckarsäter H., Wallinius M, & Hofvander B. *Neurodevelopmental disorders in young violent offenders: Overlap and background characteristics*. Psychiatric Research. Volume 252. 2017.
- Bogic M., Njoku A., & Priebe S. *Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review*. BMC Int Health Hum Rights, 15, 29. 2015.
- Bowers. *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*. 2014.
- Chalmers. *Konceptprogram för lokaler i psykiatri. Kunskapsunderlag för planering*. 2018.
- Ekendahl, M. *Omöjlighetens praktik – en kartläggning av socialtjänstens LVM-handläggning*. SOU 2004:3. 2004.
- Ensolution. *Kostnad per brukare i individ- och familjeomsorgen*. 2016.
- CAN. *Användning av beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak*. 2022.
- Durbeej N. et al. *Mental Health Services and Public Safety: Substance Abuse Outpatient Visits Were Associated with Reduced Crime Rates in a Swedish Cohort*. 2015.
- Gerdner A. *Personer med tungt missbruk – Stimulans till bättre vård och behandling*. SOU 2005:82. 2005.
- Gerdner A. & Berglund M. *Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet*. I: *Missbruket, Kunskapen, Vården – Missbruksutredningens Forskningsbilaga*. (SOU 2011:6), Stockholm: Socialdepartementet, s. 653–770. 2011.
- Gerdner A. & Håkansson A. *Epidemiology of adolescent mental health disorders in a Swedish community sample*. (Manuskript under arbete). 2021.

- Gustafsson E. *Missbrukare i rättsstaten. En rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare.* Norstedts Juridik AB, Stockholm. 2001.
- Gustafsson E. *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet.* En rättsvetenskaplig monografi om LPT. Studentlitteratur, Lund. 2010.
- Gustafsson E. *Öppen psykiatrisk tvångsvård – en tvivelaktig rättsfigur.* Velferd och Retferd. 2012.
- Hofvander B., Anckarsäter H, Wallinius M & Billstedt E. *Mental health among young adults in prison: the importance of childhood-onset conduct disorder.*BJPsych Open. Volume 3: Issue 2. 2017.
- Hollander AC, Dal H, Lewis G., Magnusson C., Kirkbride J.B. & Dalman C. *Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden.* 2016.
- Holmberg, Smirthwaite & Nilsson. *Mäns våld mot missbrukande kvinnor – ett kvinnofridsbrott bland andra.* Mobilisering mot narkotika. 2005.
- Håkansson, A. *Underlag om kliniska indikationer för tvångsvård* Dnr Komm2020/00612/S 2020:08. 2022.
- Håkansson A. et al. *Primary and Secondary Diagnoses of Gambling disorder in Swedish Health Care System. A Nationwide Register study.* Frontiers in Psychiatry. 9(SEP); Frontiers Media S. A. 2018.
- Israelsson M. *Internationella komparativa studier av lagar om tvångsvård vid missbruk – omfattning, trender och mänskliga rättigheter.* Institutionen för socialt arbete. Mittuniversitetet. Östersund. 2015.
- Israelsson M. *Utfall av lagstadgad tvångsvård för personer med missbruks- och beroendevård – en systematisk översikt.* Statens institutionsstyrelse. 2021.
- Israelsson M. & Gerdner A. *Compulsory commitment to care of substance misusers – A worldwide comparative analysis of the legislation.* The Open Addiction Journal, 3, 117–130. 2010.
- Kindström Dahlin, M. *Psykiatrirätt, intressen, rättigheter & principer,* Jure Förlag AB, Stockholm. 2014.

- Kindström Dahlin, M. *Att tvinga ett barn – om barns rättigheter i hälso- och sjukvården och behovet av en tydligare tvångsvårdslagstiftning*. Förvaltningsrättslig tidskrift, häfte 2. 2016.
- Kindström Dahlin M. *Den psykiskt sjuke patientens svaga rättsliga ställning*. Juridisk publikation, 1/2015.
- Larsson Lindahl, M. *Sammanställning av samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer från LVM 2019*. Dnr Komm2020/00612/S 2020:08. 2022.
- Larsson Lindahl, M. *Forskningsöversikt om det vetenskapliga stödet för tvångsvård 2009–2021* Dnr Komm 2020/00612/S 2020:08. 2022.
- Manhica H., Almquist Y., Rostila M., Hjern A. (2017). *The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: a national cohort study*.
- Möller K., Gerdner A. & Oscarsson A. *Rällsögården – 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar 1/98. 1998.
- Nilsson A. *Psykiatrisk tvångsvård: tillåten (sär)behandling eller otillåten diskriminering*, Förvaltningsrättslig tidskrift, häfte 5 2018.
- Nolan P., Soares J., Dallender J., Thomsen S. & Arnetz B. *A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses*. International Journal of Nursing studies vol. 38 4, 419-26 OECD (2015), OECD *Reviews of Health Care Quality: Australia 2015: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris. 2001.
- Nolbeck K. (2022) *Confinement and Caring – On sociomaterial practices in secured institutions for youths*. 2022.
- Pelto-Piri V. & Strandberg A. *Att förebygga våld och tvång på institutioner genom social inkludering – det proaktiva programmet Safewards*. Socialvetenskaplig tidskrift 2022:1.
- RättspsyK. Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, *Årsrapport 2021*. 2022.
- Seko. *SiS – Förvaring eller vård?* 2022.

- Svensson B. *Rymmare*. Carlsons bokförlag. 2008.
- Tännsjö T. *Tvång I vården*. Thales. 1995.
- Tännsjö T. *Tvångsvård – om det fria valets etik i tvångsvården*. Thales. 2002.
- Uppdrag psykisk hälsa. *Psykiatrin i siffror. Vuxenpsykiatri – Kartläggning 2021*. 2022.
- Uppdrag psykisk hälsa. *Psykiatrin i siffror. Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2021*. 2022.
- Vahlne Westerhäll L, Östlund A. *Öppen psykiatrisk tvångsvård – en lagteknisk felkonstruktion, En analys av RÅ 2010 ref. 93*. Förvaltningsrättslig tidskrift, häfte 2. 2011.
- Wallhed Finn S. *Sammanställning av forskning om patientens upplevelse av tvångsvård*. Dnr Komm2020/00612/S 2020:08. 2022.
- Weddig Runquist. *Legitimering av tvångsvården – Klienter och dess socialsekreterare om LVM*. Egalité. 2012.
- Åkerman S., Nilsson A., Wahlberg L., Kindström Dahlin M., Vahlne Westerhäll L., Thernfrid I., Westling S. *Psykiatrisk tvångsvård vid självskadebeteende – kan en person ha ett oundgängligt behov av vård som inte hjälper?* Förvaltningsrättslig tidskrift, häfte 4, 2022.
- Åström S., Bucht G., Eisemann M., Norberg A. & Saveman B.I. *Incidence of violence toward staff caring for the elderly*. Scandinavian Journal of Caring Sciences vol. 16 1, 66–72. 2002.
- Öjehagen A., Berglund M., Appel C-P., Andersson K., Nilsson B., Skjaeris A., Toftenow-Wedlin A-M. *A randomized study of long-term outpatient treatment in alcoholics. Psychiatric treatment versus multimodal behavioral therapy, and 1 versus 2 years of treatment*. Alcohol and Alcoholism, 27 (6), 649–658. 1992.
- CRC/GC/2003/5 Barnrättskommitténs allmänna kommentarer nr 5 (2003). *Allmänna åtgärder för genomförandet av konventionen om barnets rättigheter*. FN:s kommitté för barnets rättigheter. 27 november 2003.
- CRC/C/GC/14 Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 14 (2013) om *Barnets rätt att få sitt bästa satt i främsta rummet*. FN:s kommitté för barnets rättigheter. 29 maj 2013.

CRC/C/GC/12 *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12* (2009), *Barnets rätt att bli hörd*. FN:s kommitté för barnets rättigheter. 20 juli 2009.

C-480/06 Kommissionen mot Tyskland (Hamburgdomen), EU:C:2009:357.

Pressmeddelanden och webbpublikationer

https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16-arbetsdokument-c-lakemedelsbehandling_2019-01-29.pdf, hämtad 2021-05-07.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/norsk-narkotikapolitikk/id2528185/>, 20-12-03.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/personer-stoff-med-sprøyter>, 21-09-10. Folkehelseinstituttet.

<https://thl.fi/sv/web/alkohol-tobak-och-beroenden/narkotika/narkotikapolitiken>, 21-09-15.

<https://stm.fi/sv/service-for-missbrukare>, 21-09-15.

<https://www.safetyandquality.gov.au/consumers/working-your-healthcare-provider/australian-charter-healthcare-rights> [Accessed 30 september 2021].

<https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/rehabilitation-complex-care/health-independence-program/care-coordination>,

<https://www.mja.com.au/journal/2015/203/1/alkohol-mandatory-treatment-act-evidence-ethics-and-law>.

<https://www.health.gov.au/resources/publications/national-drug-strategy-2017-2026> [Accessed 25 May 2021].

<https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/take-home-naloxone-pilot>.

<https://www.alrc.gov.au/publication/equality-capacity-and-disability-in-commonwealth-laws-dp-81/3-national-decision-making-principles/the-right-to-make-decisions/>.

<https://www2.health.vic.gov.au/alcohol-and-drugs/aod-policy-research-legislation/aod-legislation/severe-substance-treatment-act-ssdta>.

<https://legislation.nsw.gov.au/view/whole/html/inforce/current/act-2007-007>.

<https://www.legislation.tas.gov.au/view/html/inforce/current/act-1968-061>.

https://www.parliament.tas.gov.au/bills/Bills2019/pdf/notes/40_of_2019-Fact%20Sheet.pdf.

<https://publications.gc.ca/collections/Collection/CH37-4-3-2002E.pdf>.

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/canada-health-care-system-medicare/canada-health-act.html>.

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/commissions-inquiries/federal-commissions-health-care/commission-future-health-care-canada-romanow-commission.html>.

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/canadian-drugs-substances-strategy.html>.

<http://www.addictionday.ca/wp-content/uploads/2019/06/Meldon-Kahan-Rapid-Access-Addiction-Medicine-RAAM-clinics.pdf>.

<https://health.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/opioids/responding-canada-opioid-crisis/map.html>.

<https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-reducing-stigma.pdf>.

<https://foundrybc.ca>.

<https://www.nsc.org/home-safety/get-involved/memorial/>.

<https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>.

<https://www.longtermplan.nhs.uk>.

<https://www.england.nhs.uk/publication/the-community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults/>.

<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents>.

<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents>.
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/12/hlth-inqual-guid-comms-dec15.pdf>.
<https://www.nhs.uk/live-well/healthy-body/heroin-get-help/>.
<https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/9781859354711.pdf>.
<https://www.addiction-ssa.org/research-analysis-heroin-assisted-treatment-piloted-in-north-yorkshire-town/>.
<https://wearetheloop.org>.
<http://chillwelfare.org.uk>.
<https://www.harmreductionworks.org.uk/index.html>.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>.
<https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/arkitektur-och-gestaltad-livsmiljo/arbetsatt/vardens-miljoer/manniska-och-vardmiljo/>.

Kommittédirektiv 2020:68

Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd

Beslut vid regeringssammanträde den 17 juni 2020

Sammanfattning

En särskild utredare ska föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för att personer med sådan samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg och får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.

Utredaren ska bl.a.:

- analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman,
- se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman,
- belysa frågor som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och andra aktörer vars uppdrag berör personer med samsjuklighet och

- analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2021.

Bakgrund

Ansvar för vård, stöd och behandling

Kommunerna har i enlighet med socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, ansvar för missbruks- och beroendevård. Det innebär att socialnämnden aktivt ska sörja för att den enskilda missbrukaren får den hjälp och den vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket (5 kap. 9 § SoL). Socialtjänsten ansvarar också för sociala stödsatser i form av t.ex. boende, sysselsättning, försörjning samt stöd till barn och anhöriga och närstående.

Regionerna har i sin tur en skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen (8 kap. 1 § HSL). Här ingår bl.a. abstinensbehandling och läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk samt övriga medicinska och psykiatriska insatser. Både kommuner och regioner erbjuder i dag psykosocial behandling. Denna behandlingsform är dock vanligast inom socialtjänstens regi.

När det finns skäl för tvångsvård på grund av missbruk ansvarar socialnämnden för att ansöka om tvångsvård hos förvaltningsrätten enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM. Barn och unga kan vårdas mot sitt eller vårdnadshavares samtycke under vissa förutsättningar enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU. Såväl vuxna som barn och unga kan vidare beredas vård utan samtycke enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Att kommunerna, genom socialtjänsten, har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver vid missbruk och beroende innebär ingen inskränkning i regionernas skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård. Regionerna ska erbjuda hälso- och sjukvård även åt personer som är omhändertagna med tvång enligt LVM.

Ansvar för personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd

vilar således på flera huvudmän. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga uppgifter när det gäller vård och behandling samt stöd vid sådan samsjuklighet. Förutom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan ett flertal andra aktörer vara involverade vid vård- och stödinsatser till personer med samsjuklighet, däribland Statens institutionsstyrelse (SiS), Kriminalvården, företagshälsovården och privata utförare av vård- och stödtjänster.

Definitioner som rör målgruppen

Det finns flera olika termer och definitioner som rör ett problematiskt förhållande till alkohol, narkotika eller andra substanser. På det medicinska området är termerna huvudsakligen kopplade till de diagnossystem som används – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). I Sverige används ICD vid diagnostik inom hälso- och sjukvården medan DSM främst används inom forskning och inom psykiatrisk verksamhet. Inom socialtjänsten gör man i praktiken inga diagnostiska överväganden, om det inte är fråga om samarbete med hälso- och sjukvården. I socialtjänstlagen används benämningarna missbruk och missbrukare men en definition av dessa saknas. Enligt Socialstyrelsen syftar begreppet inom socialtjänsten dock vanligen på de negativa sociala, men också fysiska och psykiska, konsekvenser som bruk av alkohol och andra droger kan föra med sig.

Med psykiatrisk diagnos avses de diagnoser som i ICD-10 och DSM-5 klassificeras som psykiatriska diagnoser. Hit hör t.ex. psykotiska sjukdomar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, förstämningssyndrom, personlighetsstörningar och personlighetsyndrom samt psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser, t.ex. alkohol, opioider och cannabis. Med närliggande tillstånd avses sådana tillstånd som innebär allvarlig psykisk ohälsa men som inte uppfyller kraven på en diagnos i enlighet med de internationella sjukdomsklassifikationssystemen ICD och DSM. Med samsjuklighet menas att en person uppfyller de diagnostiska kriterierna för flera sjukdomar.

Omfattningen av samsjuklighet

Enligt en kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, som Socialstyrelsen genomförde under 2019, behandlades under 2017 cirka 51 000 personer inom specialiserad öppen- eller slutenvård på grund av avsiktligt intag av beroendeframkallande substanser. Av dessa vårdades 52 procent av männen och 64 procent av kvinnorna också för någon psykiatrisk diagnos minst en gång under perioden 2016–2018. De diagnoser som oftast förekom samtidigt som missbruk och beroende var depressioner, ångestsyndrom och Attention Deficit Hyperactivity Disorder (adhd) samt personlighetssyndrom (personlighetsstörning) bland unga kvinnor. Förekomsten av adhd i kombination med andra psykiatriska diagnoser och skadligt bruk eller beroende var särskilt påfallande. Uppgifterna i kartläggningen är baserade på inrapporterade diagnoser till det nationella patientregistret (PAR), där uppgifter från primärvården saknas. Detta innebär att personer som enbart diagnostiserades och behandlades inom primärvården under studieperioden inte ingår i de resultat som presenteras i kartläggningen. Mycket talar därför för att gruppen personer med samsjuklighet är betydligt större än vad som uppskattats i kartläggningen.

I den genomlysning av missbruksvården som genomfördes av Missbruksutredningen och redovisades i betänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35) konstaterades att omkring 780 000 personer över 18 år vid tidpunkten för kartläggningen hade ett missbruk eller beroende av alkohol, varav 330 000 ett beroende, samt att antalet personer med missbruk eller beroende av narkotika uppgick till cirka 55 000 personer. Enligt utredningen har de personer som någon gång i livet utvecklar ett missbruk eller beroende, enligt internationella befolkningsstudier, en 3–9 gånger ökad risk att någon gång under livet också utveckla en psykisk sjukdom. Dessa studier indikerar också att personer med psykisk sjukdom eller personlighetsstörning har en klart förhöjd risk att drabbas av missbruk/beroende någon gång i livet och störst är risken för personer med allvarlig psykisk sjukdom. Studier av LVM-vården har t.ex. visat att så mycket som upp till 60 procent av klienterna uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos. Vidare har mellan 30 och 70 procent av de personer som söker vård för missbruk eller beroende samtidigt andra typer av kroniska sjukdomar eller riskfaktorer.

Det finns även en tydlig koppling mellan våldsutsatthet och såväl psykisk ohälsa som missbruk. I betänkandet Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld (SOU 2018:37) framkommer att alkohol och psykiatriska diagnoser innebär en förhöjd risk för våldsutövande i nära relation. Samsjuklighet i form av alkohol- eller narkotikamissbruk och andra psykiatriska diagnoser är också vanligt förekommande bland våldsutövare.

Enligt uppgifter från SiS, som ansvarar för den statliga LVM-vården, har 5 av 10 klienter inom LVM-vården allvarliga problem med sin fysiska hälsa och 4 av 10 klienter har någon gång vårdats inom psykiatri. Vidare har 4 av 10 någon gång haft självmordstankar och 3 av 10 klienter har någon gång försökt att ta sitt liv. När det gäller barn som vårdas enligt LVU har kartläggningar visat att placerade barn och unga ofta har någon form av psykisk ohälsa och att det nästan alltid påverkar den psykiska hälsan att bli placerad i samhällsvård. Behoven av vård och stöd vid psykisk ohälsa hos placerade barn och unga är ofta komplexa och insatserna från samhället måste vara flexibla för att möta dessa behov.

När det gäller kategorin icke-substansrelaterade syndrom beräknas 0,4 procent av den svenska befolkningen uppfylla diagnosen hasardspelssyndrom, vilket oftast kallas spelberoende. Ytterligare 1,3 procent beräknas, enligt Folkhälsomyndigheten, ha förhöjd risk för att uppfylla kriterierna för en diagnos. Spelberoende är ett allvarligt tillstånd där den psykiatriska samsjukligheten är omfattande och suicidrisken förhöjd.

Personer med samsjuklighet är en särskilt utsatt grupp

Personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd är som framgått en särskilt utsatt grupp. Jämfört med befolkningen i övrigt har t.ex. mer än dubbelt så många personer med missbruk eller beroende någon gång under livet haft en psykiatrisk diagnos. Det finns tydliga samband mellan svårare missbruk och psykisk sjukdom i kombination med social utslagning såsom hemlöshet, arbetslöshet och skuldsättning. Samsjukligheten, främst missbruket, har även samhälleliga konsekvenser i form av bl.a. våld, brottslighet och sjukskrivningar.

Samsjukligheten påverkar även anhöriga och närstående. Barn och unga är särskilt utsatta. Att tidigt uppmärksamma de barn som växer upp i familjer med missbruk och psykisk ohälsa är därför av stor vikt. Förutom den otrygghet och utsatthet som de utsätts för, löper de en ökad risk för att utveckla egna psykiska besvär eller en missbruks- och beroendeproblematik. Barn och unga som själva har en samsjuklighet mellan missbruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser är i en särskilt utsatt position bl.a. när det gäller våld och andra övergrepp. Detta gäller också kvinnor och äldre personer med tungt missbruk och psykisk ohälsa.

Många aktörer ger vård och stöd vid missbruk och beroende

Problematiken vid missbruk och beroende och samtidiga psykiatriska diagnoser eller närliggande tillstånd är ofta sammansatt. Insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2019) slås det fast att det är viktigt att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt och att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda integrerade behandlingsmetoder som fokuserar på både det psykiska tillståndet och missbruket eller beroendet. Missbruks och beroendevården omfattar därmed ett brett spektrum av vård- och stödinsatser, som faller inom både det sociala och det medicinska området. För att vården och omsorgen ska fungera, och patientens eller brukarens sammansatta behov ska kunna mötas på ett effektivt sätt, krävs samverkan mellan både huvudmän och verksamheter. I de fall samverkan inte fungerar kan problem uppstå. Brister i samverkan kan gälla såväl mellan huvudmännen som mellan olika verksamheter inom kommunen och regionen.

För att få en bild över utbud och tillgång till vård- och behandlingsinsatser för personer med missbruk och beroende genomförde Socialstyrelsen under 2015 en kartläggning av vård- och behandlingsinsatser för unga och vuxna individer med missbruks- och beroendeproblem (Socialstyrelsens Lägesrapport 2017). Omkring 700 verksamheter som bedrev specialiserad vård eller behandling för personer med missbruk och beroende identifierades inom ramen för kartläggningen. Resultatet visade att den största delen av de specialiserade insatserna bedrevs inom socialtjänstens område och bara en mindre

del inom hälso- och sjukvården. Den frivilliga institutionsvården bedrevs i huvudsak av privata aktörer. Merparten av kommunerna erbjöd specialiserad öppenvård riktad till personer med missbruk och beroende men med varierande utbud. I samtliga län fanns specialiserade beroendeenheter i öppen- och slutenvård, men organiseringen av och tillgången till behandlingsresurserna skiljde sig åt mellan regionerna. I rapporten konstateras att många kommuner erbjuder någon eller några av de manualbaserade insatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Samtidigt används de modeller och system som finns för att göra lokala och regionala uppföljningar av resultat inom vården och omsorgen i alltför liten omfattning och användningen av sådana uppföljningar har dessutom minskat över tid. Socialstyrelsen konstaterar sammantaget att få kommuner använder resultat från systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten och att detta är ett viktigt utvecklingsområde.

Förändrade missbruksmönster och vårdbehov

Kartläggningen visade även att det har skett en förändring inom det befintliga vård- och stödsystemet under åren 2006–2015. I dag vårdas fler patienter än tidigare inom hälso- och sjukvården på grund av alkohol- och drogmissbruk. Det har också skett en markant ökning av andelen unga med drogmissbruk och av äldre personer över 65 år med skadligt bruk eller missbruk av alkohol. Inom socialtjänstens missbruksvård har andelen personer med tungt missbruk och psykisk ohälsa ökat och klienterna inom socialtjänsten tycks ha allt mer komplexa vårdbehov. En påtagligt större andel av kvinnorna uppges ha en svår psykiatrisk problematik jämfört med männen medan en större andel av männen har ett tungt alkoholmissbruk. Över tid har antalet personer som vårdas med stöd av LVM minskat. Det har dock blivit vanligare att LVM-vården inleds med ett omedelbart omhändertagande vilket kan indikera en mer sammansatt problematik bland dem som omhändertas akut. Bland de personer som vårdas enligt LVM är det vanligt att tidigare ha vårdats inom psykiatrin. Nästan 40 procent av kvinnorna och drygt 25 procent av de män som vårdats med stöd av LVM har vid något tillfälle även vårdats enligt LPT.

I 2020 års lägesrapport över individ- och familjeomsorgen, där insatser vid missbruk och beroende ingår, konstaterar Socialstyrelsen att de iakttagelser som presenterades i 2017 års kartläggning fortfarande gäller. Det innebär att en stor grupp personer med både missbruk och beroende och allvarlig psykisk ohälsa riskerar att inte få sina behov tillgodosedda. Det är i dagsläget endast ett fåtal huvudmän som erbjuder mer än en typ av kunskapsbaserad psykologisk eller psykosocial behandlingsform för vuxna personer med missbruks- eller beroendeproblematik, i enlighet med de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Även tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) varierar över landet och enligt Socialstyrelsen finns det en kraftig underförskrivning av läkemedel vid alkoholberoende. När det gäller tillgången till de sociala stödinsatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna, saknas det i stor utsträckning uppgifter på nationell nivå. Socialstyrelsen bedömer sammantaget att personer med samsjuklighet är en särskilt utsatt grupp som riskerar att få sämre vård när samordningen mellan olika aktörer brister.

Insatser för ökad samverkan

För att förbättra samverkan mellan huvudmännen är kommuner och regioner skyldiga att ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar (5 kap. 9 a § SoL respektive 16 kap. 3 § första stycket 2 HSL). Syftet med överenskommelserna är att få till stånd en tydligare ansvarsfördelning, en bättre samverkan och ett helhetsperspektiv utifrån patientens och brukarens behov, enligt propositionen God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården (prop. 2012/13:77). Genom bestämmelserna har huvudmännen fått ett relativt stort utrymme att gemensamt avgöra hur ansvarsfördelning och samverkan ska utformas och hur innehållet i överenskommelserna ska specificeras. Ett exempel på detta är Samordningsförbunden som finansierar samverkansinsatser som bedrivs via en eller flera av parter där bl.a. kommuner och regioner ingår.

När den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen

vidare upprätta en samordnad individuell plan, en s.k. SIP (2 kap. 7 § SoL respektive 16 kap. 4 § HSL). Syftet med den samordnade individuella planen är att säkerställa samarbete mellan huvudmännen, så att individens samlade behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodoses. SIP ska även användas vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård för att samordna de insatser som en enskild behöver enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Flera utredningar och rapporter har dock konstaterat att dessa bestämmelser och samverkansverktyg inte har gett avsedda resultat. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården från 2019 är det endast drygt hälften, 57 procent, av kommunerna som har en rutin om intern samverkan mellan missbruks- och beroendeenheten och socialpsykiatrin. Knappt hälften av kommunerna, 47 procent, har en aktuell överenskommelse med regionerna. Vidare har antalet kommuner som har en upprättad arbetsöverenskommelse med regionen om samverkan vid missbruk och beroende minskat över tid. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, som har haft regeringens uppdrag att följa upp efterlevnaden av den lagstadgade skyldigheten att ingå överenskommelser, rapporterar också att flera av de utmaningar som 2013 motiverade införandet av bestämmelserna fortfarande finns kvar och påverkar förutsättningarna för parterna att samverka kring överenskommelser (Att komma överens, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Det gäller inte minst ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, som fortfarande är en stor utmaning.

Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet vid psykisk ohälsa och beroendeproblematik från 2019 bekräftar också bilden av en otydlig ansvarsfördelning som ger utrymme för tolkning exempelvis när det gäller vilken huvudman som har huvudansvar för olika insatser, hur kostnadsansvar ska fördelas eller om det finns ett gemensamt ansvar för de insatser som görs. Följden av detta är att organisering och utbud av vård- och omsorgsinsatser skiljer sig mycket åt på olika platser i landet. En annan utmaning är att de överenskommelser som kommuner och regioner är ålagda att ingå ofta saknar detaljerad information om hur ansvaret ska fördelas mellan huvudmän och mellan verksamheter, vilket innebär att förhandlingar ändå måste ske på verksamhetsnivå.

Riksdagens tillkännagivande

Riksdagen har i april 2019 tillkännagett (bet. 2018/19: SoU15 punkt 18, rskr. 2018/19:193) att regeringen bör se över frågan om hur ansvaret för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom kan samlas hos en huvudman. Enligt tillkännagivandet bör regeringen efter att en sådan översyn har gjorts utreda möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer med psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom. Därutöver bör regeringen se över hur det ska kunna finnas tillgång till farmakologisk behandling i hela landet för personer med beroendesjukdom.

Behovet av en utredning

Delat ansvar kan innebära ett oklart ansvar

Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla vård, stöd och behandling till personer med missbruk eller beroende utifrån sina ansvarsområden. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga uppgifter när det gäller behandling. Uppgifterna ska värderas likvärdigt och samordnas i ett välfungerande vård- och stödsystem som utgår från individernas olika behov och önskemål. Det i dag delade ansvaret för missbruks- och beroendevården mellan kommunerna och regionerna riskerar emellertid att resultera i negativa konsekvenser för individen i form av bristande tillgänglighet, samordning och kontinuitet. I värsta fall leder det till att patienter eller brukare faller mellan stolarna och inte får den vård eller det stöd som de behöver. När vård- och omsorgssystemet inte är anpassat till deras utsatta situation riskerar de dessutom att tappa motivationen att fortsätta söka hjälp för sitt beroende eller sin psykiska ohälsa. Brister i samverkan och samordning medför även utmaningar för professionerna i vården och omsorgen, vars uppdrag att hjälpa den enskilde försvåras när det saknas förutsättningar för att koordinera insatser med andra verksamheter på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.

Den otydlighet som uppfattas i fråga om ansvarsfördelningen kan göra det svårare för huvudmännen att uppmärksamma personer som har en samsjuklighet och att enas kring insatser. Som konstaterats

har många patienter som söker vård för psykiska eller somatiska sjukdomstillstånd även missbruks- eller beroendeproblem. Dessa tillstånd måste uppmärksammas för att patienten ska kunna erbjudas effektiva vård- och stödinsatser. Inom den specialiserade vården kan förutsättningarna för att identifiera missbruk eller beroende dock vara begränsad.

Det finns också ett behov av att stärka vården för personer med samsjuklighet som vårdas utan samtycke med stöd av LPT eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Som framgått ovan vårdas många människor med missbruks- eller beroendeproblem även inom den psykiatriska tvångsvården och många personer inom den psykiatriska tvångsvården har en samtidig missbruks- eller beroendeproblematik. Varken LPT-vården inom hälso- och sjukvården eller LVM-vården inom socialtjänsten är organiserad på ett optimalt sätt för att behandla denna samsjuklighet. Det finns därför skäl att överväga om en mer integrerad lagstiftning skulle kunna skapa förutsättningar för en mer kontinuerlig vård för personer med en mer allvarlig samsjuklighetsproblematik.

Fortsatt stora utvecklingsbehov

Socialstyrelsens jämförelseverktyg Öppna jämförelser har visat att det under senare år har skett en förbättring inom missbruks- och beroendevården när det gäller metodkompetens, uppföljning och samverkan. Det finns dock fortfarande stora regionala skillnader i vård- och stödinsatser. I huvudsak nås personer med sociala problem, vilket kan betyda att personer utan sociala problem men i behov vård- och stödinsatser går miste om åtgärder. Dessutom kan få huvudmän erbjuda mer än en psykologisk eller psykosocial behandlingsform, vilket gör att vården inte uppfattas som attraktiv av alla grupper. Vidare är användningen av läkemedelsbehandling vid alkoholberoende begränsad och andelen personer med opioidberoende som erbjuds läkemedelsassisterad behandling varierar i olika delar av landet. Samordning och samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården har fortfarande stora brister, trots en rad åtgärder för att förbättra samarbetet. Framför allt råder oklarhet om var den ekonomiska ansvarsfördelningen går, och organisationsformer och insatser varierar stort mellan olika regioner och kommuner. Detta gör

det svårt för personer med både missbruk och beroende och samtidiga psykiatriska diagnoser att få sina vårdbehov tillgodosedda. Dessa personer har särskilda behov av uthålliga, kvalificerade och integrerade insatser från såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Uppdelningen på två huvudmän är erfarenhetsmässigt ett stort hinder för en optimal användning av tillgängliga resurser samtidigt som det allvarligt försvårar tillgängligheten till effektiva behandlingsformer och kontinuitet ur den enskildes perspektiv. Det finns därför starka skäl för att se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen i syfte att föreslå förändringar som har som mål att tillskapa ändamålsenliga insatser som utgår från den enskildes behov.

Individens bästa och möjlighet till inflytande ska vara vägledande

Såväl inom hälso- och sjukvården som inom socialtjänsten är ett personcentrerat förhållningssätt en viktig utgångspunkt. Under senare år har det varit ett ökat fokus på patienters och brukares möjlighet till inflytande och delaktighet, och omfattande insatser har genomförts för att stärka individens ställning inom vården och omsorgen. Trots detta finns fortfarande stora utmaningar inom området, inte minst vad gäller grupper med stora och komplexa vårdbehov. Personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos är inte sällan beroende av insatser från flera huvudmän och verksamheter, vilket ställer krav på ett individanpassat förhållningssätt i mötet med patienten eller brukaren och en förståelse för de speciella behoven hos denna målgrupp. Att ytterligare stärka patientens och brukarens ställning är därför angeläget. Detta gäller oavsett om vården är frivillig eller sker med stöd av tvångsvårdslagsstiftning. För arbetet med barn och unga är FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) en viktig utgångspunkt. Barnkonventionen är svensk lag sedan den 1 januari 2020.

Kunskapsutveckling ställer krav på huvudmännen

Under de senaste åren har flera initiativ tagits för att stärka kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården och omsorgen. På nationell nivå har Rådet för styrning med kunskap etablerats. Målsättningen med rådets arbete är att skapa förutsättningar för att rätt

kunskap ska nå fram till huvudmännen och professionerna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samordnade och behovsanpassade kunskapsunderlag bidrar till att verksamheterna bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ger stöd vid prioriteringar och vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på.

De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende innehåller bl.a. rekommendationer om bedömningsinstrument, medicinska test, såsom urin-, saliv-, eller blodprov, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar. Nationella riktlinjer syftar till att visa på nyttan och riskerna med olika åtgärder och är ett stöd för vården och omsorgen att prioritera rätt åtgärder med målet att ge människor möjlighet till en god vård och omsorg.

Vid sidan av den statliga kunskapsstyrningen finns också en regional struktur för sammanhållen kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården som är organiserad i 26 s.k. nationella programområden, däribland ett för psykisk hälsa. Programområdena leder kunskapsstyrningen inom sina respektive områden och tar bl.a. fram vård- och insatsprogram som vänder sig till regionernas professioner med syftet att öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan profession och individ.

Till stöd för kunskapsstyrningen inom socialtjänsten finns också de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) som samverkar i flera frågor som rör socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård mellan kommuner och regioner. RSS arbetar tillsammans med Socialstyrelsen och andra statliga myndigheter inom ramarna för Partnerskapet för kunskapsstyrning inom socialtjänsten för att bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling och stöd för genomförande så att bästa tillgängliga kunskap används. Under det senaste året har partnerskapet bl.a. arbetat med att genomföra ett kunskapsstöd om spelberoende. Vidare finns Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten, vars uppdrag är att samverka, föra dialog och samordna strategiska initiativ som bidrar till behovsanpassad kunskapsutveckling och behovsanpassat kunskapsstöd inom socialtjänstens verksamhetsområden.

Trots vissa skillnader mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst är det viktigt att betona att systemen för kunskapsstyrning behöver

vara integrerade och verksamheterna samarbeta. Särskilt tydligt blir detta utifrån ett individperspektiv där den enskilde ofta har sammansatta behov som kräver insatser från flera håll.

Uppdraget att föreslå samordnade insatser

Samordning och samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården för personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd har fortfarande stora brister, trots en rad åtgärder för att förbättra samverkan. Detta gör det svårt för personer med både missbruk och beroende och samtidiga psykiatriska diagnoser att få sina behov av vård och stöd tillgodosedda. Personer med stora behov av vård och stöd drabbas ofta hårt och riskerar att falla mellan stolarna när samverkan mellan huvudmännen inte fungerar. Det gäller också för verksamheter inom samma huvudman, som t.ex. primärvården, psykiatrin och den regionala beroendevården samt för verksamheter under andra huvudmän som kan komma i kontakt med målgruppen, som t.ex. polisen eller kriminalvården. Det finns därför starka skäl att se över den nuvarande ansvarsfördelningen i syfte att säkerställa samordnade insatser för personer med sådan samsjuklighet.

En särskild utredare ska föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Utredaren ska se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och analysera hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen, och mellan verksamheter under samma huvudman t.ex. mellan hälso- och sjukvården, den regionala missbruks- och beroendevården och psykiatrin samt mellan verksamheter inom socialtjänsten. I uppdraget ingår att lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Såväl fördelar som nackdelar med de förslag som lämnas ska belysas.

Utredaren ska vidare föreslå hur vården och omsorgen för personer med samsjuklighet kan bli mer patientcentrerad och lämna förslag som syftar till att stärka individens ställning. Utredaren ska även analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för

personer med samsjuklighet som vårdas utan samtycke och lämna förslag på frågans fortsatta beredning.

Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg där personer med samsjuklighet får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.

Brukarnas och patienternas möjlighet till inflytande över sin vård och behandling är av stor vikt och ska vara vägledande i arbetet. Barns och ungas rättigheter i det avseendet framgår bl.a. av barnkonventionens artikel 12. Förslagen ska vidare spegla den utveckling som missbruks- och beroendevården har genomgått i fråga om nya forskningsrön och i synen på missbruk och beroende som ett multifaktoriellt tillstånd som kan orsakas av såväl biologiska och psykologiska som sociala faktorer.

Utredaren ska:

- analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman,
- se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman,
- belysa frågor som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och andra aktörer vars uppdrag berör personer med samsjuklighet, t.ex. SiS, Kriminalvården och Polismyndigheten,
- lämna förslag på hur vård- och omsorgspersonalens kunskap och kompetens när det gäller samsjuklighet ska kunna säkerställas i berörda verksamheter,
- lämna förslag på hur verksamheter inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården och andra berörda aktörer kan uppmärksamma och stödja personer med samsjuklighet i större utsträckning än i dag,
- föreslå hur vården och omsorgen för personer med samsjuklighet kan bli mer patientcentrerad och lämna förslag som syftar till att stärka individens ställning,

- analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT och om möjligt föreslå hur frågan kan hanteras vidare samt
- lämna nödvändiga författningsförslag och de förslag till åtgärder i övrigt som behövs.

Viktiga ställningstaganden som har gjorts vid utformningen av förslagen ska beskrivas. Vidare ska alternativa lösningar som har övervägts beskrivas liksom skälen till att de har valts bort. De olika offentliga aktörernas ansvar och roller ska övervägas så att rätt insats kan ges. Vid utformningen av förslagen ska utredaren ta hänsyn till sådan lagstiftning som kan ha beröring med eller inverka på förslagen, som t.ex. offentlighets- och sekretesslagstiftningen eller lagstiftning om informationsöverföring, dataskydd och datalagring.

Konsekvensbeskrivningar

Om förslagen påverkar kostnader eller intäkter för kommuner och regioner ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen i betänkandet påverkar den kommunala självstyrelsen ska de särskilda överväganden som gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas. Därutöver ska utredaren redovisa förslagets konsekvenser för socialtjänsten och för hälso- och sjukvården samt för de övriga aktörer som kan komma att beröras av förslagen.

Vidare ska förslagets konsekvenser för patienter och brukare beskrivas. I arbetet ska utredaren beakta ett jämlikhetsperspektiv, bl.a. med jämlik vård som utgångspunkt. I enlighet med detta ska förslagets konsekvenser belysas också i fråga om socioekonomisk och regional jämlikhet.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Inom ramen för uppdraget ska utredaren samråda med berörda statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Samordningsförbunden genom nationella nätverket för samordningsförbund, ett urval kommuner och regioner, brukar-, patient- och anhörigorganisa-

tioner samt företrädare för professionerna och i övrigt verka för att arbetet präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Utredaren ska vidare hålla sig informerad om och beakta det arbete som bedrivs i Regeringskansliet och på berörda myndigheter som är av relevans för uppdragets genomförande och initiera en dialog med berörda statliga utredningar. Det gäller exempelvis utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03), och Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05). Utredaren ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2021.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2021:96

Tilläggsdirektiv till Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08)

Beslut vid regeringssammanträde den 28 oktober 2021

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 17 juni 2020 kommittédirektiv om samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd (dir. 2020:68). Enligt direktiven skulle uppdraget redovisas senast den 30 november 2021.

Utredaren får nu i uppdrag att:

- utifrån sin analys av för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT lämna förslag på en gemensam lagstiftning för att bl.a. göra tvångsvårdslagstiftningen mer flexibel i sin utformning, säkerställa att insatser ges utifrån den enskildes behov samt stärka rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som ska vårdas med stöd av den gemensamma tvångslagstiftningen,
- ta ställning till och bedöma eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan de berörda huvudmännen som följd av föreslagna författningsändringar,
- lämna nödvändiga författningsförslag och de förslag till åtgärder i övrigt som utredaren bedömer behövs.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget enligt de ursprungliga direktiven ska i stället redovisas i ett delbetänkande senast den 30 november 2021. De nya delarna av uppdraget ska redovisas i ett slutbetänkande senast den 31 januari 2023.

Uppdraget att lämna förslag på en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT

Enligt de ursprungliga direktiven ska den särskilda utredaren bl.a. analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, eller enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och om möjligt föreslå hur frågan kan hanteras vidare. Utredaren har därmed inte i uppdrag att lämna författningsförslag i denna del.

Utredaren ska nu även, utifrån sin analys av för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT, lämna förslag på en gemensam lagstiftning för att bland annat göra tvångsvårdslagstiftningen mer flexibel i sin utformning och säkerställa att insatser ges utifrån den enskildes behov. Förslagen ska också stärka rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som ska vårdas med stöd av den gemensamma tvångsvårdslagstiftningen. Utredaren ska ta ställning till och bedöma eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan de berörda huvudmännen kommun, region och Statens institutionsstyrelse som följd av föreslagna lagändringar.

Utredaren ska därför

- utifrån sin analys av för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT lämna förslag på en gemensam lagstiftning för att bl.a. göra tvångsvårdslagstiftningen mer flexibel i sin utformning, säkerställa att insatser ges utifrån den enskildes behov samt stärka rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som ska vårdas med stöd av den gemensamma tvångsvårdslagstiftningen,
- ta ställning till och bedöma eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan de berörda huvudmännen som följd av föreslagna författningsändringar,

- lämna nödvändiga författningsförslag och de förslag till åtgärder i övrigt som utredaren bedömer behövs.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska inom ramen för uppdraget enligt tilläggsdirektiven redovisa vilka effekter de föreslagna lagändringarna förväntas ha för kvinnor respektive män.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska inom ramen för uppdraget enligt tilläggsdirektiven hålla sig informerad om pågående utredningar som är relevanta utifrån de nya delarna av uppdraget, däribland Utredningen om vissa tvångsvårdsfrågor (S 2021:02).

Utredningstiden förlängs. Uppdraget enligt de ursprungliga direktiven ska i stället redovisas i ett delbetänkande senast den 30 november 2021. De nya delarna av uppdraget ska redovisas i ett slutbetänkande senast den 31 januari 2023.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2023

Kronologisk förteckning

1. Skärpta straff för flerfaldig brottslighet. Ju.
2. En inre marknad för digitala tjänster – ansvarsfördelning mellan myndigheter. Fi.
3. Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. Ju.
4. Posttjänst för hela slanten.
Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. Fi.
5. Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. S.

Statens offentliga utredningar 2023

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En inre marknad för digitala tjänster
– ansvarsfördelning mellan myndigheter. [2]

Posttjänst för hela slanten.
Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. [4]

En lag om tilläggsskatt för företag i stora koncerner. [x]

Justitiedepartementet

Skärpta straff för flerfaldig brottslighet. [1]

Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. [3]

Socialdepartementet

Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. [5]