

Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se

Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet, SOU 2021:93

Ert dnr S2021/07629

Sammanfattning

Kammarrättens synpunkter på utredningens förslag gäller främst vad som behöver beaktas vid en eventuell utredning om att sammanföra lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), utredningens avsnitt 14. Med beaktande av skillnaderna i de två lagarna krävs en grundlig genomgång av hur reglerna i en sådan gemensam tvångslagstiftning ska utformas för att säkerställa nödvändig vård för alla som behöver den och att reglerna inte innebär mer tvång än vad som är nödvändigt för att kunna ge behövlig vård. Det finns också skillnader i lagarna om hur målen handläggs i domstol. En sådan förändring får alltså sannolikt stora konsekvenser för bl.a. domstolarna, vilket måste belysas i en eventuell utredning.

Kammarrätten har också vissa synpunkter när det gäller den samordnade vård- och stödverksamheten i avsnitt 11 och rättsliga prövningar som kan behöva göras av beslut som den verksamheten fattar. Dessa synpunkter behandlas först nedan.

En samordnad vård- och stödverksamhet

Tillgång till och prövning av behov av den samordnade verksamheten

Det framstår som oklart vad en rättslig prövning av behovet av sådana insatser som den samordnade vård- och stödverksamheten erbjuder ska innehålla.

Enligt förslaget ska alla personer som tillhör målgruppen och som får insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten tilldelas en vård- och stödsamordnare (s. 439). Samordnaren har en koordinerande funktion och ansvarar enkelt uttryckt för att den enskildes insatser inom verksamheten hänger ihop. Samordnaren är på så sätt en viktig del i den samordnade vård- och stödverksamheten.

Enligt utredningen kan den enskilde vända sig till socialtjänsten för att få en vård- och stödsamordnare, men bör då hänvisas till den samordnade vård- och stödverksamheten som ska bedöma om den enskilde har sådana behov som kan tillgodoses genom verksamheten. Den enskilde tycks dock ändå kunna välja att ansöka om bistånd i form av en vård- och stödsamordnare. Om verksamheten bedömer att ett behov av sådan samordnare inte finns, t.ex. på grund av att den enskildes behov kan tillgodoses i den samordnade vård- och stödverksamheten, kan den enskilde överklaga ett beslut om avslag på en sådan ansökan. En bedömning av den samordnade vård- och stödverksamheten att den enskilde inte har sådana behov som ska tillgodoses i verksamheten ska dock inte vara överklagbart (s. 454).

En bedömning att den enskilde inte har rätt till en vård- och stödsamordnare på grund av att den enskildes behov kan tillgodoses inom den samordnade vård- och stödverksamheten framstår som motsägelsefull, eftersom en vård- och stödsamordnare ska tilldelas alla de personer som får insatser inom verksamheten. Det förklaras inte heller varför ett beslut om avslag på en ansökan om vård- och stödsamordnare ska vara överklagbart, medan ett beslut om avslag på en ansökan om att få delta i den samordnade vård- och stödverksamheten inte ska vara överklagbart.

Det framstår enligt kammarrätten som mer naturligt att den enskilde ska kunna ansöka om enskilda insatser såväl inom som utanför den samordnade vård- och stödverksamheten och att sådana beslut ska vara överklagbara enligt nuvarande ordning, medan ett deltagande i den samordnade verksamheten, där en samordnare ska ingå, inte är något som ska prövas särskilt och mynna ut i ett överklagbart beslut. En sådan ordning stämmer enligt kammarrätten bättre överens med syftet med den samordnade vård- och stödverksamheten som en verksamhet som ska samordna alla de olika enskilda insatser som den enskilde behöver för att få sina behov tillgodosedda.

Det skulle också kunna framgå av lagtexten att beslut om de socialtjänstinsatser som den enskilde kan få i verksamheten fattas med stöd av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och att hälso- och sjukvårdsåtgärder erbjuds enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

En gemensam tvångslagstiftning

En djupare analys krävs

Om LVM och LPT ska slås ihop krävs en djupare analys för att bestämma hur reglerna ska utformas för att omfatta och vara ändamålsenliga för personer med skadligt bruk eller beroende, för personer med allvarlig psykisk ohälsa och för de personer som lider av samsjuklighet. Eftersom det är fråga om tvång måste särskilt beaktas att reglerna är nödvändiga för att kunna ge den vård som behövs.

Risk för utebliven eller senare vård

Regleringen i LVM tar i högre grad än LPT hänsyn till sociala aspekter av en persons livssituation, såsom boende, sysselsättning och försörjning. En av grunderna för vård enligt LVM är att någon till följd av ett fortgående missbruk löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, den s.k. sociala indikationen i 4 §. Förutsättningarna för vård enligt LPT innehåller inte någon sådan grund. Om reglerna för tvångsvård för LPT ska gälla även för de personer som i dag ges vård med stöd av LVM riskerar därmed eventuell social problematik att inte bli tillgodosedd och gruppen som har främst sådana problem att falla mellan stolarna.

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 1 § SoL). I sitt fullgörande av detta ansvar bedriver kommunen ett uppsökande arbete och har uppdrag i förhållande till personer som vistas i kommunen, såsom ekonomiskt bistånd samt tillgång till bostad och frivilliga insatser inom beroendevård. Kommunen får också kontakt med anhöriga i sitt arbete med personer i utsatta situationer. Kommunen har därigenom fler möjligheter än hälso- och sjukvården inom regionen att tidigt upptäcka och motivera personer med ett skadligt bruk. Det innebär att kommunen får kännedom om personer med vårdbehov i tidigare skeden än regionen och har därmed större möjligheter att agera skyndsamt.

Som uppmärksammas vid tidigare utredningar ger reglerna i LVM en möjlighet till tvångsvård i ett tidigare skede än vad LPT ger. Vård enligt LVM kan beredas även vid mindre akuta situationer och innan stora skadeverkningar har uppstått (jfr prop. 1987/88:147 s. 41 ff.). Detta förstärks också i lagtexten genom att vård enligt LVM ska beslutas när det finns sådana risker för skador på hälsa eller social situation som avses i 4 §. Vård enligt LPT får ges endast när förutsättningarna för sådan vård är uppfyllda (3 §), vilket innebär att intagning för psykiatrisk tvångsvård inte får göras

förrän det finns ett oundgängligt och akut behov av vård (jfr prop. 1990/91:58 s. 82 och 87 samt prop. 2007/08:70 s. 80 f.).

Enligt 13 § LVM får också socialnämnden, nämndens ordförande eller en i nämnden särskilt förordnad ledamot besluta om ett omedelbart omhändertagande av en person som sannolikt behöver beredas vård med stöd av lagen och kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om han eller hon inte får omedelbar vård, eller på grund av att det finns en överhängande risk för att han eller hon till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Motsvarande möjlighet finns för Polismyndigheten enligt 47 § LPT som får tillfälligt omhänderta en person om det finns skälig anledning att anta att han eller hon lider av en allvarlig psykisk störning och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp. Den omhändertagne får då föras till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling. Ett sådant omhändertagande är dock beroende av att polisen upptäcker en sådan situation och bedömer situationen som så allvarlig att personen behöver tas till en sjukvårdsinrättning för att få hjälp. Polismyndigheten har varken samma uppdrag eller möjligheter som socialtjänsten att bedriva uppsökande arbete. Vård som inleds efter ett omhändertagande enligt 47 § LPT kan därför antas komma till stånd i ett senare skede än efter ett omhändertagande enligt 13 § LVM.

För att nödvändig vård för personer med skadligt bruk eller beroende inte ska komma till stånd för sent måste det alltså noga övervägas hur rekvisiten för tvångsvård ska vara utformade.

Intagning för tvångsvård

För intagning för tvångsvård enligt LVM räcker det med ett beslut i socialnämnd, av nämndens ordförande eller av en i nämnden särskilt förordnad ledamot (13 § LVM). Den som ska ges vård behöver inte vara närvarande.

För intagning för tvångsvård enligt LPT krävs en s.k. tvåläkarprövning. Det innebär att en läkare genomför en läkarundersökning och bedömer att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för slutna psykiatrisk tvångsvård av patienten är uppfyllda samt att en annan läkare fattar ett beslut om intagning för tvångsvård. Personen som ska ges vård måste alltså vara närvarande åtminstone vid den första delen i beslutsprocessen.

Twångsätgärder under vårdtiden

Vilka tvångsätgärder som kan användas under vårdtiden är olika i de olika lagarna. Vid vård enligt LPT är det exempelvis möjligt att spänna fast patienter med bälte eller liknande anordning samt att tvångsmedicinera patienter. Inget av detta är tillåtet enligt LVM. Beslut om förbud mot användande av elektroniska kommunikationstjänster och att ta emot besök får enligt LVM gälla i högst 14 dagar. Någon tidsbegränsning för sådana beslut finns inte i LPT.

Vårdens upphörande

Enligt LVM ska tvångsvården upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (20 §). Syftet med tvångsvård enligt LVM är att genom behövliga insatser 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 (jfr prop. 1987/88:147 s. 69 ff.).

Enligt LPT ska chefsöverläkaren besluta att tvångsvården ska upphöra när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård (27 §). Förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT är att patienten lider av en allvarlig psykisk störning och 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 (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård). Ytterligare en förutsättning för tvångsvård enligt LPT är att patienten motsätter sig sluten eller öppen psykiatrisk vård, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Som utredningen har konstaterat har LPT alltså inte någon reglering av längsta vårdtid, vilket LVM har. När vården ska upphöra skiljer sig också i övrigt åt mellan dagens två lagar. Utredningen har angett eventuellt längre vårdtider som en nackdel med en gemensam tvångslagstiftning. Eftersom det handlar om just tvångslagstiftning måste bestämmelserna om vårdens upphörande utformas så att vårdtiderna inte blir längre än vad som är nödvändigt för att den enskilde ska få den hjälp som han eller hon behöver. Här måste skillnaderna mellan LVM och LPT särskilt beaktas.

Konsekvenser för domstolarna

Handläggning av målen i domstol

Det finns skillnader i reglerna i LVM och LPT även när det gäller domstolarnas handläggning av målen. Det gäller bland annat reglerna om muntlig förhandling, där rätten till muntlig förhandling i kammarrätten är starkare enligt LVM än enligt LPT. Det gäller också frågan om sakkunnig. Vid förvaltningsrättens prövning av mål enligt LPT ska rätten höra en lämplig sakkunnig vid den muntliga förhandlingen, som huvudregel en annan läkare än den som har det yttersta behandlingsansvaret för patienten (37 § andra stycket LPT och prop. 1999/2000:44 s. 104 f). Det bör beaktas om det finns behov av en sakkunnigläkarbedömning vid de fall som enbart gäller ett skadligt bruk eller beroende. Inom LPT bidrar den sakkunnige läkaren med en andra bedömning i ofta svåra medicinska frågor där domstolen behöver särskild hjälp med att tolka det medicinska underlaget som finns tillgängligt i målet. Det läkarintyg som ska bifogas socialnämndens ansökan om vård enligt LVM (11 §) har funktionen att redogöra för den enskildes hälsotillstånd och effekter av missbruket. Missbruket som sådant finns ofta dokumenterat på annat sätt.

En fråga som bör utredas är därför vilken betydelse en sakkunnig läkare kan ha i frågan om vård på grund av problem med skadligt bruk eller beroende. Om sakkunnig bedöms vara nödvändigt även i dessa fall uppstår också fråga om olika sakkunniga läkare måste förordnas för olika typer av mål beroende på om problematiken gäller skadligt bruk eller beroende eller om det är fråga om mer omfattande psykiatrisk problematik.

En gemensam tvångslagstiftning kan leda till fler mål

Vården enligt LPT leder till betydligt fler prövningar i domstol, delvis på grund av att samma patient kan påkalla flera prövningar av vårdens bedrivande. Om LPT:s regler för prövningar av vården ska gälla även för de fall som idag prövas enligt LVM kommer det att leda till en betydande ökning av antalet tvångsmål i domstolarna. Detta måste beaktas vid en eventuell utredning av en gemensam tvångslagstiftning.

Detta yttrande har beslutats av kammarrättslagmannen Ola Holmén,
kammarrättsrådet Anders Davidson och tf. kammarrättsassessorn Emil
Lindmark (föredragande).

Ola Holmén

Anders Davidson

Emil Lindmark