

Socialdepartementet

Mottagarens dnr S2023/00440

Enheten för socialtjänst och funktionshinderspolitik

103 33 Stockholm

s.remissvar@regeringskansliet.ses.sof@regeringskansliet.se

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

Region Gävleborg har erbjudits yttra sig över Samsjuklighetsutredningens slutbetänkande ”Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja” (SOU 2023:5).

Region Gävleborg vill härmed dela sina synpunkter kring slutbetänkandet, dels övergripande i en sammanfattning och sedan med några utökade kommentarer:

Sammanfattning

Region Gävleborg välkomnar slutbetänkandet och delar i huvudsak utredningens målbild och grundprincipen om att en huvudman, regionerna, föreslås vara ansvariga för tvångsvården. Med utredningens förslag kommer ansvarsfördelningen mellan kommuner och regioner dock fortsatt vara ett problem om inte betänkandets förslag bereds och tydliggörs ytterligare.

Många av utredningens förslag är bra och väl förankrade mot målbilden kring en God och nära vård. Bland dem kan nämnas sammanhållen vård i behandling och sociala insatser bl.a. förslaget om vårdsamordnare som samordnar vård med behandling och stödinsatser. Program för stärkt brukarinflytande och att patienternas och anhörigas egna mål är vägledande för förslagen liksom att evidensbaserade metoder framhålls för en jämlik vård är positivt.

Likaså ställer sig region Gävleborg bakom förslaget att lagen om vård av missbrukare (LVM) avvecklas vilket ökar möjligheterna till en sammanhållen vård. Dock behöver informationsöverföringen mellan huvudmännen tydliggöras i läget när en kommun uppfattar behov av insatser mot skadligt bruk. LVM föregås idag av en djupgående social utredning. Region Gävleborg ser det inte klarlagt om socialtjänsten fortfarande förväntas göra detta även om LVM upphör. Regionen ser det som avgörande, för att lyckas med vård och behandling behöver hela människan beaktas, även det sociala sammanhanget, inte enbart hälsan utifrån medicinska perspektiv.

Utredningens förslag innebär dock en omfattande omställning och utökning av regionernas uppdrag vars konsekvenser är svåra att överblicka. Nya gränssnitt och diskussioner om ansvarsfördelning kommer att uppstå. Kompetensförsörjning, ekonomisk påverkan och inte minst möjligheter till och krav på samverkan är utmaningar som Region Gävleborg inte ser tillräckligt underbyggda och konsekvensbeskrivna i betänkandets analyser. Region Gävleborg ser därför inte den tidplan som utredningen föreslår genomförbar.

Inte heller ser Region Gävleborg att utredningen tillräckligt väl beskriver konsekvenserna för alla vårdnivåer och den nödvändiga nivåstruktureringen däremellan. Även primärvården kommer att behöva ta stort ansvar, till exempel när socialtjänsten ”orosmäter” en person. Hur ska den enskilde vårdgivaren då agera utan det lagstöd och de resurser som socialtjänsten idag har i att utreda behovet av insatser?

Vad gäller förslaget om att regionerna skall få ett huvudansvar för tillnyktring (LOB) anser Region Gävleborg att detta behöver utredas ytterligare, eller i vilket fall inte är genomförbart samtidigt med utredningens övriga förslag. Regionen ser inte att utredningen tillräckligt utrett alternativa sätt att trygga medicinsk övervakning och vid behov vård av personer som omhändertas enligt LOB. Tillnyktring i omedelbar fysisk närhet till annan ordinarie vårdverksamhet innebär ett säkerhetsproblem där skydd dels mot avvikande, dels mot farlighet för andra behöver adresseras. Likaså behöver då också barnrättsperspektivet beaktas. Andra alternativa lokalisationer, utanför ordinarie vårdmiljöer, innebär att regionerna behöver utvidga sina lokalmässiga resurser och även ytterligare resurs förstärka bemanningsmässigt. Region Gävleborg ser heller inte legala tvångsåtgärder eller nödvändig samverkan med polisen i sådana situationer närmare beskrivna i betänkandet.

Genomgående finns en varierad detaljnivå i utredningens förslag. Detta riskerar till att leda till en stor variation i utförande i landets regioner. Förslagsvis skulle detaljnivån minskas till förmån för bredare anvisningar av uppdrag och med förslag till fokus för nationell kunskapsstyrning som verktyg för genomförandet.

Nedan återger Region Gävleborg mer utvecklade några kommentarer kring betänkandets förslag och bedömningar.

Kommentarer

Åtgärderna för att underlätta och därmed stimulera öppen tvångsvård välkomnas. Samtidigt vore det önskvärt med en utförligare problematisering kring de kortare vårdtider inom den slutna tvångsvården som utredningen förutsätter kommer bli fallet. Det förefaller som att det finns ett begränsat vetenskapligt och erfarenhetsbaserat stöd för att en kort tid med psykiatrisk tvångsvård och efterföljande insatser kan ersätta en längre tid med socialtjänstinsatser under LVM. Det föreligger en tydlig risk att det i den föreslagna modellen inte ges

tillräcklig tid för att bryta ett skadligt bruk och att erbjuda distans från sociala kontakter som underhåller skadligt bruk.

En annan aspekt och konsekvens av sloandet av LVM är att en ansevärd del av de personer som idag LVM utreds, under utredningstiden motiveras till frivilliga behandlingsinsatser, vilket om LVM slopas kan bli snarast en ökning av tvångsvård. Detta med anledning av att LPT inte alls på samma sätt har motsvarande utredningsgång eller tidsaspekt.

Region Gävleborg ser vidare att utredningens förslag genererar en hel del frågor rörande LVU och tillämpningen av den lagstiftningen i relation till LPT. LPT har inga åldersgränser. LVU och LVM är överlappande utifrån åldersgränser. Hur blir detta utifrån ett barnperspektiv? För unga under 18 år tillämpas idag LVU istället för LVM. I akut rus/abstinensfas där patienten befinner sig på sjukvårdsinrättning innebär idag LVM ett något starkare skydd än LVU i det att sjukvården kan hindra avvikande. Det är positivt om lagändringen innebär ett starkare skydd för ungdomar i denna akuta fas.

LPT är i utrednings- och beslutsgång av betydligt mer akut karaktär än LVM/LVU (om det inte handlar om omedelbart omhändertagande) vilket väcker frågor om förutsättningarna för vårdgivaren att integrera kartläggning av hela livssituationen, genomföra motivationsarbete, planera den ofta längre behandlingen. För att åstadkomma detta behöver resurser allokeras och det finns samtidigt en risk och ökad sannolikhet att det kommer bli fler och längre LPT-vårdtillfällen. Ett förhållande som i sig inte är önskvärt och heller inte problematiserat i utredningen.

Vidare har ungdomar som vårdas under LVU i många fall inslag av skadligt bruk och inte sällan även kriminalitet. Behov av ett gemensamt arbete tillsammans över huvudmannagränserna kring dessa ungdomar är oerhört viktigt. Region Gävleborg vill lyfta frågan om utredningen avser att ungdomar fortsatt ska ha behandling enligt LPT gällande skadligt bruk, samtidigt som övriga behov av insatser sker inom LVU förutsatt att frivillighet inte är en möjlig väg? Hur kommer skrivningarna inom dessa två lagrum i så fall integreras/stämma med varandra? Alternativt att all tvångsvård sker under LPT med risken att de sociala utredningarna och insatserna inte alls kan ges samma dignitet som idag som beskrivits ovan.

Region Gävleborg vill peka på att det är skyddsaspekterna som är det väsentliga inom LVU. För att inte sjukdomsbegreppet ska bli avgörande för skydd gällande avhoppare för någon med skadligt bruk i kombination med gängkriminalitet, (för gruppen unga vuxna + 21 år), så finns också behov av en särskild lagstiftning. När dessa personer sjukhus vårdas så blir säkerhetsläget synnerligen utmanande för vårdgivaren. Region Gävleborg vill också betona att man behöver beakta vilka åtgärder som är möjliga inom ramen för LPT – att t.ex. förebygga brott har sjukvården väldigt ringa metoder för (och inget mandat att arbeta med) och då blir inte heller LPT effektivt.

Region Gävleborg avstyrker förslaget om att införa ett krav om ständigt utvecklingsarbete inom tvångsvården. Region Gävleborg delar utredningens

uppfattning om att tvångsvården behöver hålla en god kvalitet men anser att det vore mer logiskt att kravet i stället inriktas mot alternativa förhållningssätt - att bibehålla det som fungerar bra och utveckla det som behöver förbättras. Även om HSL och LPT är två separata lagrum finns redan kvalitetsutvecklingsaspekten beskriven i HSL 5 kap 4§ och det torde inbegripa vårdgivarens övergripande ambitioner även för LPT vården utan ytterligare kravställan i föreskrift eller lag.

Även förslaget om en nationell kommission avstyrkes. En strukturerad och verksamhetsnära uppföljning av reformen vore ett starkare verktyg för en positiv utveckling. Vikten av en god uppföljning är en lärdom från psykiatrireformen som inte följdes upp. Det är enligt Region Gävleborgs bedömning önskvärt att Socialstyrelsen får i uppdrag att säkerställa hur en god uppföljning ska göras. I uppföljningen behöver även kvalitetsregister ingå som en naturlig del.

Region Gävleborg delar utredningens uppfattning om att ett förbättrat samarbete mellan regioner och kommuner är av stor vikt för ett bättre omhändertagande. För att stödja detta vore det önskvärt om kommunerna fick ett tydligt uppdrag om att, när det är relevant, ansvara för insatser kring exempelvis bostad och sysselsättning även medan vård pågår. I den nya paragraf som utredningen föreslår i socialtjänstlagen (avsnitt 6.4) framgår att socialnämnden ska arbeta aktivt med patienter som vårdats enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Region Gävleborg anser dock att skrivningen bör utvidgas så att den även omfattar personer som vårdas, i till exempel öppen psykiatrisk tvångsvård.

När det gäller Hem för vård eller boende (HVB) välkomnar Region Gävleborg förslaget om att region och kommun ska ha ett gemensamt ansvar för drift eller göra gemensamma upphandlingar. För att detta nya arbetssätt ska fungera i praktiken krävs dock ytterligare förtydliganden av ansvarsfördelningen inom samarbetet. Sekretessaspekterna behöver likaså en djupare analys.

Grundläggande är också ett förbättrat samarbete mellan den psykiatriska och somatiska vården. Här saknas i utredningen den somatiska vårdens perspektiv. Även om det självklart är regionernas ansvar att ta ett helhetsansvar så är detta en svaghet med utredningen, eftersom det finns en risk för att relevanta förslag uteblivit när den delen saknas.

7.2 Förutsättningar för tvångsvård – Betänkandets förslag innebär att personer med aktuell alkohol och/eller drogpåverkan i högre grad än tidigare kommer att vårdas inom sjukvården/psykiatrin.

Region Gävleborg vill peka på behovet av ett förtydligande avseende LPT för unga i de fall den vårdformen är tänkt att tillämpas:

Regelverket för barn och unga som vårdas inom LPT tillåter för närvarande endast begränsning med tvångsätgärder då sjukdomstillståndet medför fara för den sjuke själv, ej vid fara för andra.

Vid drog- och alkoholpåverkan finns inte sällan faser med mer labilitet, irritabilitet och utåtagerande symptom som kan utgöra en fara för andra än individen själv.

I syfte att hälso- sjukvården ska kunna hantera dessa situationer på ett tryggt sätt inom ramen för kommande LPT-lagstiftning, behövs ett förtydligande gällande hur vården kan genomföra effektiva skyddsåtgärder.

8.2 Anmälningsskyldighet för socialtjänsten – Region Gävleborg ser det i betänkandet oklart hur anmälningsskyldigheten är tänkt att fungera i praktiken. Vad som krävs för att en anmälan ska göras, vad som ska gälla utifrån sekretessaspekter och vilket utredningsansvar som åligger respektive huvudman är exempel på områden som behöver vidare utredas och förtydligas.

Om anmälningsskyldigheten är tänkt att kunna delegeras brett och utan föregående utredning inom Socialtjänsten ser Region Gävleborg en risk i en kraftigt ökad mängd orosanmälningssärenden mot regionerna.

Regionen ser också informationsöverföringen gällande social utredning, då den enskilde inte frivilligt går med på behandling som ett problem. När tvångsåtgärder eller utredning kring sådana blir fallet är risken stor att personen i fråga inte ger sitt samtycke till informationsutlämnande, varför regionen ser att det förhållandet behöver analyseras och tydliggöras. Regionen har alltså svårt att se hur överlämnande av information (utifrån sekretessaspekter) och även det fortsatta handläggandet *efter* orosanmälan skall ske.

10.2 Konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende eller samsjuklighet och deras anhöriga - Det som inte beskrivs i betänkandet är kombinationen kriminalitet och beroende. En växande grupp som har andra behov än de som tillmötesgår av denna utredning. Skyddsbehov och andra program, till exempel avhopparverksamhet och behandling för beroende med samtidig kriminalitet är utmanande frågor som behöver vägledning.

10.11 Kostnader, intäkter och andra konsekvenser för regionerna – Region Gävleborg vill peka på att uppskattningen om en ökning av behovet av psykiatriska slutenvårdsplatser kommer skilja sig åt markant mellan regionerna. Region Gävleborg som exempel har flest LVM-placeringar per capita i landet vilket gör att kostnaderna kan förväntas bli betydligt högre än betänkandets analys.

När det gäller införandet är Region Gävleborg positiv till de åtgärder som föreslås. Ett stegvis införande under fem år är dock som sagt inte tillräckligt. Planeringen för införandet måste vara långsiktigare och därmed uthålligare för att fylla sitt syfte men också inte minst utifrån etiska och patientsäkerhetsaspekter.

Det är både rimligt och positivt att slutbetänkandet föreslår ett ekonomiskt tillskott till regionerna för tvångsvården, utöver den ekonomiska förstärkning som delbetänkandet föreslog. Samtidigt är det av två skäl svårt att bedöma om det tillskott som föreslås i slutbetänkandet är tillräckligt för att regionerna ska kunna

ta ett större ansvar för tvångsvården:

Den första anledningen är att uppskattning av den förväntade ökningen av slutenvårdsplatser inte känns tillräckligt genomarbetad. Här vore det önskvärt om den nationella nivån genomförde en noggrannare analys. Förslagsvis skulle det kunna vara en del i uppdraget om en särskild utredare tillsätts för avvecklingen av missbruksvården inom SIS (Statens institutionsstyrelse).

Ett annat skäl till att de ekonomiska konsekvenserna för regionerna är svåra att bedöma är att tillgången till lokaler och standarden på dessa varierar kraftigt mellan regionerna. Här skulle också en nationell kartläggning över de faktiska förutsättningarna vara till stor hjälp för regionerna, och en statlig finansiering utifrån behov vore önskvärd enligt Region Gävleborgs bedömning.

Jennie Forsblom
Ordförande Hälso- och sjukvårdsnämnden

Johan Kaarme
Hälso- och sjukvårdsdirektör