

Socialdepartementet

103 33 STOCKHOLM

Remiss - Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja SOU 2023:5, S2023/00440

Inledning

Umeå kommun har fått ta del av slutbetänkandet SOU 2023:5, *Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja* och beretts tillfälle att lämna synpunkter på innehållet.

Slutbetänkandet presenterar förslag på hur en ny tvångsvårdslagstiftning skulle kunna utformas till personer med skadligt bruk eller beroende och förslagen bygger på delbetänkandet *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93).

Reformens målsättning är att öka tillgången till samordnad behandling av olika psykiatriska tillstånd och att ge ett samordnat, behovsanpassat och personcentrerat stöd till personer som behöver insatser på flera livsområden samtidigt. Slutbetänkandet redogör även för implementeringsprocessens struktur och utformning med förslag på tidsplan, där det lyfts fram att samtliga förändringar som föreslås behöver genomföras och fungera, då delarna är beroende av varandra som helhet för att reformen ska lyckas. Det handlar dels om att tydliggöra socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens respektive ansvar, att behandling av skadligt bruk och beroende ska ske samordnat med andra psykiatriska tillstånd och att regioner och kommuner tillsammans ska bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Utredningens förslag innebär att vård enligt LVM på statliga institutioner ersätts med psykiatrisk vård och sociala stödinsatser i en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.

Kommunen uppfattar betänkandets innehåll som särskilt angeläget då förslag och lösningar presenteras med målgruppsperspektivet i fokus och hur vård och stöd ska hänga ihop som en helhet, men konstaterar samtidigt att det även medför djupgående strukturella förändringar för socialtjänstens verksamhet och inte minst landets HVB-hem.

Sammanfattande synpunkter

Umeå kommun ser positivt på användandet av målbilder där personer med samsjuklighet och deras anhöriga fått vara delaktiga och att målbilderna varit en utgångspunkt för de förslag som utredningen presenterar. Kommunen ser även fördelar med förslaget att all behandling för skadligt bruk och beroende samlas under en huvudman och ska ges av regionernas hälso- och sjukvård, där vårdinsatserna utgår från en individuell planering och där den enskilde kan få adekvat behandling för både sin beroendeproblematik samt psykiska ohälsa i en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.

Umeå kommun är positiv till förslaget som innebär att det skadliga bruket eller beroendet samordnas med den behandling som ges för andra psykiatriska tillstånd samt att detta även innefattar behandling för skadligt bruk och beroende inom den psykiatriska heldygnsvården.

Umeå kommun är enig med utredningens bedömning att ett samlat behandlingsansvar hos regionen vad gäller skadligt bruk och beroende skapar bättre förutsättningar för samordning och behandlingsinsatser för målgruppen med samsjuklighet och att regionens ansvar tydliggörs genom en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen. Förhoppningen är att det också kan leda till en evidensbaserad och jämlik vård.

I betänkandet redovisas vilka ändringar som är tänkt att genomföras i och med den nya reformen, men kommunen anser att det generellt saknas en mera ingående beskrivning av hur arbetet i praktiken ska genomföras. Olika samverkansöverenskommelser kommer att vara nödvändiga för att förverkliga större delen av förändringarna, vilka även kommer att ställa stora krav på god samarbetsförmåga mellan regioner och kommuner för att det ska fungera. Detta kan komma att medföra risker för att vården vid skadligt bruk och beroende kan bli ojämlig mellan kommuner och regioner i Sverige.

Umeå kommun är enig med det utredningen beskriver om vikten av att skapa en samordnad planering i ett tidigt skede och där patienten deltar

tillsammans med hälso- och sjukvård och socialtjänst. Att planera och genomföra insatserna inom ramen för den samordnade vård- och stödverksamheten på ett integrerat sätt låter positivt, men samordningen i sig kan vara en utmaning. Därför är det viktigt att de olika rollerna är tydligt fördelade samt att parterna är överens i olika frågor som rör verksamheten och att det även finns en tydlighet i samordningen och mellan de parter som ska samverka, kopplat till funktion, roll och uppdrag.

Umeå kommun vill i sammanhanget framhålla att socialtjänsten har stor kunskap och erfarenhet inom området skadligt bruk och beroende som tillgodogjorts över tid och där förhoppningen är att detta ska beaktas och tas tillvara på bästa sätt även inom ramen för den nya reformen. Det finns dock en farhåga att detta inte kommer att ske i tillräcklig utsträckning, då den medicinska synvinkeln till övervägande del fått utrymme i förslagets innehåll, vars syfte är att öka evidensbaserade arbetsätt och metoder. Kommunen vill tillägga att socialtjänstens arbete inom skadligt bruk och beroende redan idag har sin utgångspunkt i en evidensbaserad ansats och följer Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, vilket bör tas hänsyn till i planeringen framåt när de nya rollerna ska tillskapas för de båda huvudmännen. Hur säkerställs det att vård och behandling som nu regionen kommer att utföra håller den höga evidensbaserade kvalitet som utlovas och på vilket sätt kommer reformen och de nya arbetssätten följas upp?

Då utredningen beskriver att de olika delarna som förändringen innebär behöver fungera och förverkligas för att reformen ska kunna genomföras är det även viktigt att parterna tydligt förstår processerna och rollfördelningen inom de olika områdena som utredningen presenterar. Detta innebär att om parterna ska kunna hitta varandra i sina nya roller måste även gränsdragningarna vara tydligt konkretiserade för ett effektivt och lyckosamt förändringsarbete samt implementering. Kommunen uppfattar inte detta som tydligt klargjort utifrån det som utredningen beskriver, exempelvis gränsdragningen mellan psykosociala behandlingsinsatser och stödinsatser som ofta kan gå in i varandra.

En annan övergripande farhåga är regionens nuvarande svårigheter med kompetensförsörjning och där den nya reformen kan komma att skapa ännu större utmaningar inom området, då det kommer att innebära ytterligare rekryteringar samt även kompetensutveckling och specialistutbildningar av både ny och befintlig personal. Utredningen

beskriver vidare att kunskapsöverföring kommer att behövas mellan kommun och region, vilket kommunen instämmer i.

Kommunen anser även att vissa delar av socialtjänstens roll, där insatser framöver ska ligga på att stärka individens resurser och funktionsförmåga vad gäller boende, sysselsättning och arbete som fortsatt oklar samt att det inte heller är riktigt tydliggjort avseende var gränsen går mellan huvudmännen och vad som ska ingå i Socialtjänstens myndighetsutövning samt i socialtjänstens förebyggande arbete. Den samlade bilden är att beskrivningar och resonemang i samsjuklighetsutredningen över lag haft ett övervägande fokus på regionperspektivet som givits större utrymme i både delbetänkandet och slutbetänkandet och generellt upplevs som mer "utvecklat och synliggjort". Detta har medfört att det är svårare att bilda sig en tydlig uppfattning om socialtjänstens roll i den nya reformen.

[Umeå kommuns synpunkter på slutbetänkandet](#)

Synpunkterna som presenteras följer betänkandets disposition och är kopplade till utredningens olika avsnitt.

[Kap 6 Ansvar och huvudmannaskap](#)

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

Umeå kommun kan se fördelar med utredningens bedömning att tvångsvården ska vara en del av en sammanhållen vårdkedja, mer individanpassad samt att ansvaret samlas hos en huvudman. För att skapa en sammanhållen vårdkedja beskrivs tvångsvården behöva bedrivas i patientens närmiljö med närhet till socialtjänst och hälso- och sjukvård. Detta dels för att patienten snabbare ska få tillgång till frivilliga stödinsatser och dels för att tillvarata sammanhanget av närstående som en positiv kraft i rehabiliteringsprocessen. Utifrån det som beskrivs ser förslaget även ut att innebära att de psykosociala stödinsatserna ska äga rum på den ort som den enskilde är bosatt och att regionen i sin tur utökar sitt utbud vad gäller öppenvårdsbehandling. Kommunen förstår utredningens resonemang, men ser att detta kan bli svårt att förverkliga beroende på om den enskilde har sin närmiljö i en större stad eller i glesbygd, då utbudet kan variera beroende på om den enskilde bor på mindre eller större ort. Kommunen anser också att det kan finnas fördelar för den enskilde att lämna sin hemort beroende på hur livssituationen ser ut vid tvångsvårdstillfället.

Kommunen är enig med utredningens bedömning att kompetensförsörjningen kommer att vara en stor utmaning i synnerhet som förslaget innebär en ökning av antalet patienter som vårdas enligt LPT. Ökad efterfrågan på personal inom skadligt bruk och beroende behöver dock inte innebära att fler inom berörda yrkeskategorier kommer att söka sig till specialistutbildningarna inom området, då brist på legitimerad personal ser ut att finnas inom flera verksamhetsområden i landets regioner.

6.4 Socialtjänstens ansvar för boende och sysselsättning

Enligt utredningens förslag ska socialtjänstens ansvar tydliggöras, vilket innebär fokus på att tillhandahålla adekvata sociala stödinsatser utifrån den enskildes behov och utifrån de insatser som har evidens. Redan idag har socialtjänsten enligt socialtjänstlagen ansvar för detta och arbetar enligt evidensbaserade metoder. Innebär förslagen någon förändring utifrån hur kommunen idag arbetar med boende och sysselsättning? Avgränsningarna kring vad som är stöd och behandling upplevs inte heller konkret och tydligt formulerade.

Kommunen är enig med utredningens bedömning att beroendeproblematik kan försvåra upprätthållandet av en stabil boendesituation samtidigt som en instabil boendesituation kan öka benägenheten att utveckla skadligt bruk och beroende. Umeå kommun ser i sammanhanget utvecklandet av boendeinsatsen Bostad först som utredningen lyfter fram som en långsiktig och hållbar boendelösning för målgruppen hemlösa och i samsjuklighet.

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

När det gäller en sammanhållen vårdkedja vid placering utanför det egna hemmet ser kommunen positivt på förtydligandet av regionens ansvar vad gäller vård- och sjukvårdsinsatser på HVB med åtföljande betalningsansvar enligt schablon. När det gäller utredningens bedömning att det delade ansvaret för vård- och stödinsatser vid placering på HVB medför att parterna behöver bedriva och upphandla verksamheter gemensamt anser kommunen kan komma att riskera bli utdragna och i vissa fall komplicerade processer att förverkliga. En gemensam upphandling kan upplevas som ett stort steg att ta beroende på var parterna befinner sig samverkansmässigt vid tiden för förändringen. Olika lösningar kan även komma att uppstå om exempelvis kommunen (som fortsatt är ansvarig för placering på HVB)

förespråkar annan öppenvårdsbehandling och regionen istället anser HVB som lämplig insats, vad kommer i så fall att gälla? Frågor finns även fortsatt kring de olika lagrum som ska gälla om regionen får ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende, men kommunen ändå ska utreda vård utanför hemmet. Umeå kommun anser att det är viktigt att kommunens långa erfarenhet av att upphandla verksamheter som kan svara mot olika behov hos personer med ett skadligt bruk eller beroende tas tillvara även vid framtida gemensamma upphandlingar.

Kommunen tycker utredningens förslag att regionens betalningsansvar endast ska gälla HVB (med skälet att inom dessa hems verksamhet kommer den största förändringen att ske då det bedrivs en hel del psykosocial behandling, som efter förslaget tas över av regionen) inte beskrivs på ett riktigt tydligt sätt i utredningen. Kommunens erfarenhet över tid är att socialtjänsten tagit ett stort ansvar för vård och behandling vid placering på HVB då vårdinsatsen dröjt på grund av väntetider och kommunen därför varit tvungen att lösa situationen på egen hand och även tagit kostnaden. Detta har även gällt kostnader för andra behandlingsinsatser och boendeformer. Kommunen har även tagit stort ansvar för barn och unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, då kommunen på grund av regionens väntetider har burit kostnaden för exempelvis neuropsykiatriska undersökningar.

6.7 Hälso- och sjukvård för barn och unga på särskilda ungdomshem

Utifrån den gränsdragning som beskrivs vad gäller barn och unga så ska regionernas hälso- och sjukvård ansvara för behandlingen av skadligt bruk och beroende och socialtjänsten fortsatt bidra till att goda uppväxtförhållanden och där vården bör förläggas och genomföras på ett sådant vis att samhörighet och kontakt med anhöriga eller andra närstående främjas utifrån närhetsprincipen. Kommunen kan inte se gränsdragningen tydligt då det är mycket fokus på hälso- och sjukvårdsinsatserna ur ett mer medicinskt perspektiv, men att stora delar av vistelse på HVB handlar om annat. Det är svårt att få en bild av hur de respektive insatserna ska samordnas mellan huvudmännen samt att det hade varit betydelsefullt att få mer klarhet i hur helhetsgreppet kring den unge tas. Är det så att regionen exempelvis kommer att erbjuda insatser i form av familjearbete med föräldrar?

Utredningen föreslår dock inga förändringar i LVU, vilket innebär att tvångsvård för unga på grund av skadligt bruk och beroende fortsatt kommer att ske inom socialtjänsten. Sammantaget upplever kommunen

att frågetecken fortsatt finns kring LVU och tvångsvård av barn vad gäller helhetsgreppet, familjeperspektivet, de idag långa väntetiderna som finns för barn som behöver regionens hjälp och hur det kommer att fungera i och med förändringen och hur de nya rutinerna kommer att se ut. Det finns också hos socialtjänsten en oro vad gäller HVB, då kommunen inte längre på egen hand kommer att kunna upphandla de insatser som bedöms behövas.

Kap 7 Syfte och förutsättningar för slutna och öppna psykiatrisk tvångsvård

7.2 Förutsättningar för tvångsvård

Umeå kommun ser positivt på förslaget att förutsättningarna för tvångsvård i 3 § LPT blir kompletterade, så att tvångsvård också får ges om patienten lider av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende samt att bedömning även görs huruvida patienten till följd av sitt tillstånd är farlig för annans personliga säkerhet eller hälsa. Kommunen instämmer också i utredningens redogörelse att det som legitimerar tvångsvården är skyddet för liv och hälsa.

Utredningen bedömer även att vårdtiderna betydligt oftare kommer att vara kortare än idag i och med att det oundgängliga vårdbehovet oftast bara gäller under en begränsad period och att den genomsnittliga tiden i slutenvård kommer att röra sig om cirka 6 veckor. Kommunen anser att en förkortning av vårdtiderna kopplat till skadligt bruk eller beroende kan komma att innebära kortare perioder i drogfrihet för den enskilde, vilket är något som måste tas i beaktande. Det framgår även i avsnittet att utredningen bedömer den öppna psykiatriska tvångsvården som ett viktigt led i behandlingen av personer med ett skadligt bruk eller beroende och där vill kommunen tillägga att öppen psykiatrisk tvångsvård redan idag är en svår lagstiftning att arbeta utifrån, eftersom socialtjänsten inte har några tvingande befogenheter gällande målgruppen. Vad beträffar den föreslagna förändringen sett utifrån ett målgruppsperspektiv, så ser socialtjänsten ett fortsatt värde av längre vård och behandling i ett sammanhang som erbjuder personligt stöd över tid, så att den enskilde får struktur på tillvaron och kan stå mer stadigt i den nya identiteten som drogfri.

När det gäller barn och unga upplever kommunen att det inte framgår tydligt hur gränsdragningen mellan LVU och LPT är gjord. Hur bedöms och utreds exempelvis barn och ungas skadliga bruk eller beroende i och med den nya LPT-lagstiftningen, som inte har någon åldersgräns. Kommunen

finner att det även är viktigt att ytterligare klarlägga hur fördelning av ansvar mellan kommun och region är tänkt att se ut, så att barn och unga inte riskerar falla mellan stolarna. Det står även beskrivet att regleringen av LPT i relation till LVU inte har utretts i sin helhet kopplat till reformen och kommunen anser att det vore värdefullt om detta kunde utredas klart innan reformen träder i kraft.

I utredningen föreslås att chefsöverläkaren ska kunna fatta beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård under de första fyra veckorna av tvångsvården, chefsöverläkaren ska också kalla till vårdplanering och då ha bedömt om den enskilde ska tillhöra den samordnade vård- och stödverksamheten. Chefsöverläkaren ska även besluta om en enskild person som ges öppen psykiatrisk tvångsvård ska ges sluten psykiatrisk vård. Kommunen vill i sammanhanget uppmärksamma riskerna med att en yrkesroll får så stort ansvar kopplat till viktiga beslut inom ett komplext område, då brister kan uppstå i rättssäkerhet eftersom chefsöverläkarens beslut inte går att överklaga.

[Kap 8 Tvångsvård som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja](#)

8.2 Anmälningsskyldighet för socialtjänsten

Förslaget kring den nya bestämmelsen som innebär att socialnämnden är skyldig att anmäla till regionens hälso- och sjukvård om det finns skälig anledning att tro att personen har behov av sluten psykiatrisk tvångsvård och den enskilde motsätter sig frivillig vård samt att socialnämnden där är skyldig att lämna över alla uppgifter av betydelse till regionen anser kommunen inte är alldeles enkel att genomföra. Kommunen är av den uppfattningen att integritetsdilemman kan uppstå då det handlar om sammansatta bedömningar som behöver vara väl avvägda och kan vara svåra att hantera. Kommunen ser heller inte riktigt anledningen till förslaget varför anmälningsskyldigheten begränsas till att enbart gälla socialnämnden, utan tycker att nuvarande bestämmelse där anmälningsskyldigheten omfattar fler myndigheter bör kvarstå, med argumentet att dessa också kommer i kontakt med människor som har psykiatrisk problematik och beroendeproblematik.

Anmälningsskyldigheten ska föreligga om personen inte själv vill uppsöka vården och socialtjänsten ska i detta läge erbjuda personen stöd att kontakta vården som en första insats. Vidare beskrivs aktualiserandet av en SIP i sammanhanget enligt SoL 2 kap. 7 § om det är en person som är i behov av insatser från båda huvudmännen. Kommunen upplever detta

som otydligt, då en SIP enligt nuvarande lagstiftning från socialtjänstens sida behöver föregås av att det pågår en utredning eller en insats. Förslagen kring användning av samordnad individuell plan i olika sammanhang kring tvångsvård i utredningen väcker funderingar runt samtycke från den enskilde. Enligt nuvarande lagstiftning krävs ett samtycke från den enskilde vid samordnad individuell planering, vilket kan bli problematiskt för en tvångsvårdad person. Vad gäller för samtycke vid vårdplaneringen? Kommunen anser även att det är bristfälligt belyst i utredningen hur personer med någon form av intellektuell funktionsnedsättning och samsjuklighet i LSS-boende ska hanteras och vad som gäller kring kommunens och regionens hälso- och sjukvårdsansvar.

8.5 Den samordnade planeringen ska förbättras

Kommunen delar utredningens uppfattning att det idag ofta är svårt att få till en samordnad planering både vid utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård och vid utskrivning från LVM och ser precis som betänkandet beskriver vikten av att båda parterna deltar i en samordnad planering som blir påbörjad i ett tidigt skede under slutenvårdstillfället. Kommunen ser därför fördelar med förslaget att det i 4 kap. 3§ införs en ny bestämmelse i samverkanslagen om kallelse till samordnad vårdplanering där kommunen är skyldig att delta i planeringen. Genom förändringen bedömer utredningen att mera tid kan frigöras för planering av insatser från hälso- och sjukvården på ett sätt som gynnar både patientens behov och egna mål, vilket är positivt.

[Kap 10 konsekvenser](#)

10.12.2 Övriga konsekvenser för kommunerna

Socialtjänsten ska i och med reformen renodla sin verksamhet och fokusera på sociala stödinsatser som boende och sysselsättning. Utredningen beskriver att den samordnade vård- och stödverksamheten kommer att tillhandahålla sociala stödinsatser till deltagarna och där ser kommunen att frågetecken finns kring hur det i praktiken ska se ut. Ska exempelvis kommunen fortsätta genomföra utredningar enligt 11 kap. 1§ SoL för personer med skadligt bruk eller beroende och ha befogenhet att fatta beslut om insatsen behandling för skadligt bruk och beroende, i öppenvård som bedrivs av regionen?

[Kap 12 Ikraftträdande och stegvis genomförande](#)

12.2 Tidsplan, stödfunktion, stimulansmedel och resursöverföringar

Kommunen uppfattar utredningens förslag att reformen ska genomföras inom en femårsperiod som en alltför snäv tidsram, då det är nya roller och funktioner som ska falla på plats, tillsammans med olika samverkansöverenskommelser mellan huvudmännen för att förverkliga en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. Förändringsprocesser av denna omfattning tar tid och berörda står inför flera omställningar som ska ske parallellt, samtidigt som ordinarie verksamheter ska löpa på under implementeringsperioden.

I delbetänkandet (SOU 2021:93) redogjordes det för att medel skulle överföras från kommunerna till regionerna, då regionerna fortsättningsvis ska ansvara för all behandling av skadligt bruk eller beroende. I detta slutbetänkande föreslås det att ytterligare 633 miljoner kronor ska överföras från stat och kommun till regionerna på grund av reformens ökade behov av heldygnsvård, som blir en följd av förslagen samt att det ska täckas upp för regionens ökade kostnader för LOB. Kommunen ser positivt på utredningens förslag att de medel som frigörs på grund av minskade kostnader då placering inte fortsättningsvis ska ske i enlighet med 27 § LVM, får behållas av kommunerna och användas till insatser inom boendeområdet. Däremot finns fortsatta frågor kring hur överföringen av medlen i praktiken ska ske och vilket stöd som kommer att erbjudas huvudmännen i den processen. Kommunen har även haft svårt att bilda sig en tydlig uppfattning och ha en åsikt om de summor som presenteras och som ska överföras mellan kommun och region. Detta på grund av att utredningen inte gett en helt utförlig beskrivning av vad som kommer att gälla för socialtjänstens nya uppdrag i praktiken kopplat till bland annat omfattning och innehåll.

12.5 Stegvis genomförande

Kommunen uppskattar utredningens presentation med indelning av de steg i förändringsprocessen som ska tas på årsbasis under perioden och där det beskrivs vad huvudmännen behöver göra var för sig, respektive vad som ska genomföras tillsammans. Detta skapar ett bra underlag för diskussion och ger en överblick för planeringen framåt.

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Lena Bolin
Utredare